

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Erika Černá

Destigmatizační úsilí jako úkol sociálních pracovníků

(ve vybraných organizacích)

Destigmatization efforts as a task of social workers (in selected organizations)

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, PhD.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 6. 8. 2020

Bc. Erika Černá

Klíčová slova (česky)

Destigmatizace, stigmatizace, sociální práce, sociální pracovník, duševní onemocnění

Klíčová slova (anglicky):

destigmatization, stigmatization, social work, social worker, mental illness

Poděkování

Ráda bych touto formou poděkovala paní PhDr. Monice Dvořákové za konzultace ohledně specifikace tématu této práce, cenné rady a vždy pozitivní přístup a zároveň paní PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D., za vedení této práce a její přístup. Stejně tak patří poděkování všem respondentům za jejich čas a především ochotu.

Abstrakt (česky)

Diplomová práce se zabývá tématem destigmatizačního úsilí jakožto úkolem sociálních pracovníků ve vybraných organizacích. Jejím cílem je popsat destigmatizační úsilí sociálních pracovníků se zaměřením na jednotlivé atributy destigmatizačního úsilí a zmapování možných příležitostí a úskalí, se kterými se sociální pracovníci nejčastěji setkávají při dlouhodobé snaze odstraňovat stigma u osob s duševním onemocněním. V rámci práce budeme spolupracovat s vybranými organizacemi, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním.

Teoretická část práce přináší ucelený pohled na duševní onemocnění, popis systému péče o osoby s duševním onemocněním a prezentuje problematiku destigmatizačního úsilí v České republice, a to včetně popisu destigmatizačních prvků a kampaní, které tuto snahu podporují. Zároveň tato část diplomové práce popisuje oblast stigmatizace osob s duševním onemocněním, projevy stigmatizujícího chování u veřejnosti i sociálních pracovníků či obecně role sociálních pracovníků při práci s touto cílovou skupinou.

Praktická část diplomové práce pracuje s výsledky kvalitativního výzkumu, který je zaměřen na reálně fungující, či nefungující destigmatizační úsilí sociálních pracovníků ve vybraných organizacích. Výsledkem výzkumného šetření bude popis, jak destigmatizační úsilí sociálních pracovníků v jednotlivých organizacích vypadá, kde jsou možná úskalí, co může toto úsilí klientům i pracovníkům přinést. Výsledky budou diskutovány v kontextu dostupné tuzemské a zahraniční literatury. Data byla sbírána formou rozhovorů s předem vybranými respondenty ze tří zkoumaných skupin.

Abstract (in English):

The diploma thesis deals with the topic of destigmatization efforts as a task of social workers in selected organizations. Its aim is to describe the destigmatization efforts of social workers, focusing on individual attributes of destigmatization efforts and mapping the possible opportunities and pitfalls that social workers most often encounter in the long-term effort to eliminate stigma in people with mental illness. In this work we will cooperate with selected organizations whose target group are people with mental illness.

The theoretical part brings a comprehensive view of mental illness, a description of the system of care for people with mental illness, and presents the issue of destigmatization efforts in the Czech Republic, including a description of destigmatization elements and campaigns that support this effort. At the same time, this part of the thesis describes the area

of stigmatization of people with mental illness, manifestations of stigmatizing behavior in the public and social workers or generally the role of social workers in working with this target group.

The practical part of the diploma thesis will work with the results of qualitative research, which is focused on functioning or non-functioning destigmatization efforts of social workers in selected organizations. The result of the research will be a description of the destigmatization efforts of social workers in individual organizations, where there are possible pitfalls, what this effort can bring to clients and workers. The results will be discussed in the context of available domestic and foreign literature. The data will be collected in the form of interviews with pre-selected respondents from the three surveyed groups.

OBSAH

1	SYSTÉM PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	10
1.1	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	12
1.1.1	<i>Aktuální stav systému psychiatrické péče dle ÚZIS.....</i>	<i>12</i>
1.2	SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	17
1.3	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	20
1.3.1	<i>Systém psychiatrické péče v České republice</i>	<i>20</i>
1.3.2	<i>Reforma systému psychiatrické péče a deinstitucionalizace.....</i>	<i>23</i>
1.3.3	<i>Centra duševního zdraví</i>	<i>25</i>
1.4	LEGISLATIVA.....	26
2.	STIGMA A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	28
2.1.	HISTORIE	29
2.2.	STIGMA V SOUVISLOSTECH S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI OSOBAMI	32
2.3.	DOPADY STIGMATIZACE NA JEDINCE A JEHO CELKOVOU INTEGRITU	33
2.3.1.	<i>Dopady veřejného stigmatu – stigmatizace</i>	<i>36</i>
2.3.2.	<i>Dopady sebestigmatizace.....</i>	<i>36</i>
2.4.	MĚŘENÍ STIGMATIZACE	38
2.4.1.	<i>Stigmatizace u veřejnosti</i>	<i>38</i>
2.4.2.	<i>Sebestigmatizace</i>	<i>40</i>
2.4.3	<i>Výzkumy stigmatizace v zahraničí.....</i>	<i>41</i>
3.	DESTIGMATIZACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB A DESTIGMATIZAČNÍ ÚSILÍ NA ÚZEMÍ ČESKÉ REPUBLIKY	43
3.1	POČÁTKY DESTIGMATIZAČNÍCH AKTIVIT A DESTIGMATIZACE VE SVĚTĚ..	45
3.2	DESTIGMATIZAČNÍ AKTIVITY V ČESKÉ REPUBLICCE.....	46
3.2.1	<i>Organizace.....</i>	<i>47</i>
3.2.2	<i>Mezinárodní organizace</i>	<i>50</i>
3.2.3	<i>Projekty</i>	<i>51</i>
3.2.4	<i>Projekty realizované subjekty státní správy.....</i>	<i>53</i>
3.2.5	<i>Další aktivity na podporu destigmatizace.....</i>	<i>53</i>
4	DESTIGMATIZAČNÍ ÚSILÍ VE VYBRANÝCH ORGANIZACÍCH.....	59

4.1	METODOLOGIE VÝZKUMU	59
4.1.1	<i>Cíl výzkumu</i>	59
4.1.2	<i>Výzkumný soubor</i>	59
4.1.3	<i>Výzkumný problém a výzkumné otázky</i>	59
4.1.4	<i>Výzkumná metoda</i>	61
4.1.5	<i>Analýza dat.....</i>	61
4.2	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	62
4.3	ZÁVĚRY VÝZKUMU	76
	DISKUSE.....	78
 ZÁVĚR 80		
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
	SEZNAM ZKRATEK	88
	SEZNAM GRAFŮ	89
 PŘÍLOHY 90		

ÚVOD

S pojmy jako jsou stigmatizace či destigmatizace, ať už obecně, či právě v kontextu duševních onemocnění, se už patrně každý z nás již setkal. Tato témata jsou již delší dobu v České republice poměrně hojně diskutována, a to především v kontextu systému péče o duševně nemocné, který v posledních několika letech prochází transformací. Vzhledem k rozvoji možností v oblasti moderních technologií jsou tato témata diskutována jak na poli odborné, tak i laické veřejnosti.

Jedním z důvodů zvýšeného zájmu o tuto cílovou skupinu v posledních letech může být právě zvyšující se počet osob s duševním onemocněním. Problematika stigmatizace duševně nemocných je u nás stejně jako ve světě historicky ukotvena již od nepaměti a velký vliv na ni, ale i na obecné vnímání duševně nemocných, mají média, která se k této skupině osob povětšinou nevyjadřují příliš vhodně a lichotivě.

Důvodem vzniku této práce byl fakt, že i přestože na téma duševních onemocnění a stigmatizace osob s duševním onemocněním bylo napsáno v tuzemsku, ale především v zahraničí relativně velké množství více či méně odborné literatury a kvalifikačních prací, konkrétně destigmatizací osob s duševním onemocněním se literatura ani kvalifikační práce příliš nezabývají.

Práce se zaměřuje na problematiku systému péče o duševně nemocné osoby, historický kontext vývoje stigmatu nejen u nás v České republice, ale i v zahraničí, jeho měření a dopady. Všímá si také samotných destigmatizačních aktivit, realizovaných v rámci jednotlivých organizací. V práci je uveden jejich výčet.

Nosným prvkem práce jsou rozhovory provedené v rámci kvalitativního výzkumu, jenž se zaměřuje na proces destigmatizačního úsilí ve třech českých neziskových organizacích. Vzhledem k tomu, že zveřejněné studie a kvalifikační práce se zaměřují vždy pouze na jednu či dvě cílové skupiny respondentů, je tato práce ojedinělá svým zaměřením hned na tři skupiny respondentů, jejichž názory a postoje zkoumá. Věříme, že výsledky výzkumu by mohly pomoci zlepšit iniciativy o destigmatizaci v naší zemi a posílit tak povědomí o životě duševně nemocných osob.

1 Systém péče o osoby s duševním onemocněním

Systém péče o osoby s duševním onemocněním v České republice prochází od roku 2013 transformací. Očekávaný konec této transformace, který je pro většinu lidí z laické i odborné veřejnosti spojen hlavně s reformou psychiatrické péče, je plánován na rok 2023. Avšak vzhledem k obsáhlému výčtu změn, které je zde nutné zrealizovat, není zcela jasné, zdali tento plán bude dokončen dle očekávání. Některé zdroje uvádí, že tento dlouhodobý proces reformy psychiatrické péče v České republice by mohl trvat 15–20 let (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

V současnosti je velmi diskutováno téma sociálních služeb, a to jak sociálních služeb obecně, tak i služeb pro duševně nemocné osoby, a to právě v souvislosti například s cíleností služeb, jejich dostupností, kvalitou a obecným přínosem pro společnost. Dle Hosáka, Hrdličky a Libigera (2015) není prozatím v České republice, a to navzdory veškerým vydaným doporučením od Světové zdravotnické organizace, příliš dobře rozšířený a aplikovaný systém péče o osoby s duševním onemocněním v komunitě, což by se s právě probíhající reformou systému psychiatrické péče mělo změnit. Pěč a Probstová (2009) přináší celkem sedm bodů opodstatňujících vhodnost komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním.

- Komunitní péče komplexně dotváří systém péče o tuto cílovou skupinu, přičemž za komplexní systém péče je označován takový stav, kdy jsme schopni klientům nabídnout léčebné prostředky a postupy nejen biologické povahy, tedy klasickou farmakoterapii, ale i léčebné prostředky psychologické a psychosociální.
- Komunitní péče se snaží nabízet klientům alternativy hospitalizace, a to formou podpory přímo v přirozeném prostředí klienta.
- Komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním může mít i preventivní charakter.
- Zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.
- Komunitní péče přispívá k celkovému zvýšení účinnosti zdravotní péče, ke kterému dochází kvůli propojení služeb, a tudíž vyšší informovanosti klientů o možnostech léčby jejich onemocnění. To může vést k případnému brzkému zachycení problému a jeho včasné léčbě.
- Destigmatizační vliv komunitní péče. Léčba klienta v komunitě je mnohem méně izolovaná od okolního světa, méně obestřena možnými obavami, a tudíž se jí daří, byť

v malé míře potlačovat stigma vůči osobám s duševním onemocněním a psychiatrii obecně.

- V rámci komunitní péče se mnohem více dbá na hodnocení kvality poskytované péče, a to včetně striktního dodržování lidských práv a svobod.

Dle údajů dostupných z doby před započítáním výše zmiňované reformy v České republice chyběly pro psychiatrické klienty především služby, jako jsou denní stacionáře, krizová centra či chráněná bydlení (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Jak uvádí Mahrová s Venglářovou (2008) ve své definici, jež se však nezabývá primárně systémem péče o osoby s duševním onemocněním, ale celým systémem sociálních služeb, tento systém by měl být hlavně co nejpestřejší a nejrozmanitější. Současně by měl cíleně mířit na různé skupiny klientů a jejich potřeby, současně by měl být také plošně dostupný a jeho služby by měly být vzájemně propojené. To vše by mělo vést k tomu, že sociální služby dostupné v České republice budou odpovídat jak potřebám klientů, tak i potřebám společnosti. Tato definice systému sociálních služeb je však poměrně široká.

Juríčková et al., (2014) doplňuje, že v rámci zajištění nediskriminace, ochrany, rovných práv a přístupu osob s duševním onemocněním je v dnešní době velmi vhodný, ne-li nutný multidisciplinární přístup k péči o tuto cílovou skupinu, který je v rámci přímé péče o duševně nemocné velmi efektivní. Multidisciplinárním přístupem se myslí takový, který se skládá z koordinace a spolupráce různých pracovníků a různých institucí v rámci péče o klienta. Díky tomuto typu přístupu práce s klientem můžeme klientovi nabídnout potřebnou pomoc a podporu ve všech oblastech jeho života. Multidisciplinární přístup musí splňovat následující požadavky:

- 1) V rámci jednoho pracovního uskupení, týmu spolu musí vzájemně spolupracovat a svou činnost koordinovat pracovníci různých profesí.
- 2) Důležitým požadavkem pro práci multidisciplinárního týmu je i koordinace a spolupráce všech zúčastněných napříč jednotlivými službami.
- 3) Posledním požadavkem pro naplnění podstaty multidisciplinárního přístupu je koordinace a spolupráce v rámci širší komunity, kam se řadí místní správa a samospráva, úřady práce, sociální a zdravotní služby apod. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 13).

Dále Juríčková et al., (2014, s. 130) zmiňuje fakt, že „*ve srovnání s rozvinutými systémy komunitní péče vykazuje systém péče v ČR nedostatek kontinuity a koordinace napříč jednotlivými segmenty péče, limitované propojení a koordinace mezi službami zdravotními*

a sociálními“. Tento názor podporuje multidisciplinární přístup v péči o osoby s duševním onemocněním.

1.1 Duševní onemocnění

Dle Hartla a Hartlové (2015) je duševní onemocnění psychickým postižením ve smyslu poruchy duševních funkcí v podobě hyperfunkce, hypofunkce, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce, tedy afunkce.

Seznam duševních onemocnění, který je využíván v České republice, vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN). V současnosti platí její desátá revize, která je doposud platná, i přestože byla aktualizována k 1. 1. 2020. Dle tohoto seznamu MKN (ÚZIS, 2018a) rozdělujeme duševní onemocnění do několika kategorií, a to na:

- 1) *Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 – F09);*
- 2) *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19);*
- 3) *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29);*
- 4) *Afektivní poruchy (F30 – F39);*
- 5) *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F49);*
- 6) *Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59);*
- 7) *Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69);*
- 8) *Mentální retardace (F70 – F79);*
- 9) *Poruchy psychického vývoje (F80 – F89);*
- 10) *Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F90 – F98);*
- 11) *Neurčená duševní porucha (F99).*

Sociální práce s osobami s duševním onemocněním stejně jako sociální práce s jinými cílovými skupinami má svá specifika. V případě naší cílové skupiny jsou velkými tématy především bydlení, práce či volný čas (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005).

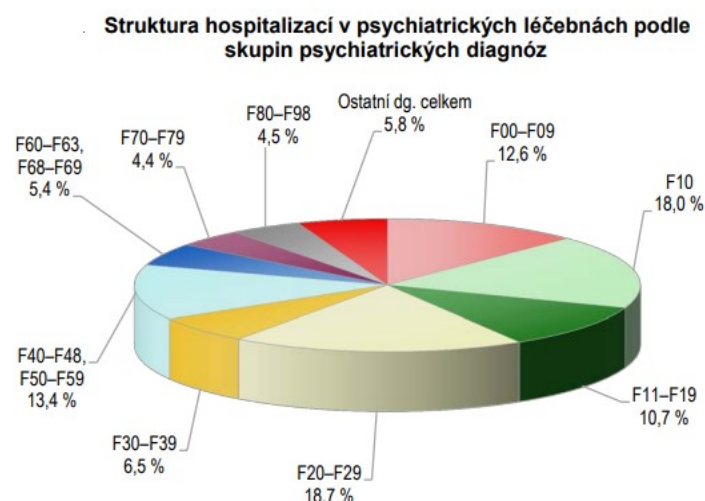
1.1.1 Aktuální stav systému psychiatrické péče dle ÚZIS

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) vydává od roku 2000 každoročně souhrnnou zprávu týkající se psychiatrické péče v České republice, která je podkladem pro informování veřejnosti o aktuálním stavu a datech s duševními onemocněními spojenými. Poslední vydaná zpráva pochází z roku 2019 a zobrazuje data roku předchozího.

Dále také ÚZIS pravidelně publikuje zdravotnické ročenky, ve kterých jsou dostupná data ohledně psychiatrické péče. Poslední dostupná zdravotnická ročenka je za rok 2018.

Rozšíření diagnóz v ambulancích a psychiatrických nemocnicích

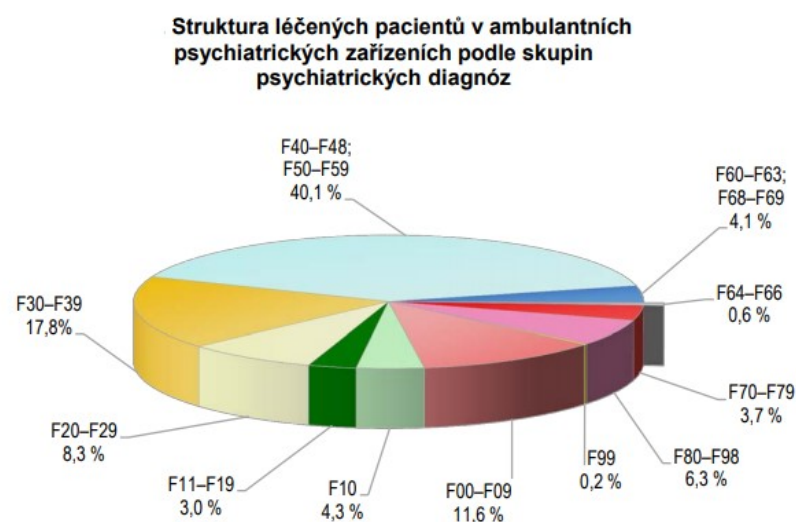
Graf 1 – Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2017, 2018b

Jako první se tedy zaměříme na nejčastější diagnózy, s nimiž jsou pacienti hospitalizováni v psychiatrických léčebnách. V roce 2017 stejně jako v roce 2016 byla nejčastěji diagnostikovanou duševní nemocí hospitalizovaných pacientů v psychiatrických léčebnách schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, tedy diagnózy F20 – F29 (18,7 %). V poměrně těsném závěsu se u pacientů vyskytovaly poruchy chování způsobené dlouhodobým užíváním alkoholu s označením F10 (18 %). Třetí nejčastěji diagnostikovanou duševní nemocí v roce 2017 byly neurotické, stresové a somatoformní poruchy, tedy diagnózy s označením F40 – F48 a dále syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory s označením diagnóz F50 – F59 s 13,4 % výskytů, které jsou v tomto grafu uváděny společně. Schizofrenie je v posledních letech velmi rozšířenou duševní nemocí, která počtem svých pacientů překonává například v minulých letech často diskutované poruchy chování a emocí. Naopak nejméně byli v roce 2017 v psychiatrických léčebnách hospitalizováni pacienti s diagnózami F70 – F79 (4,4 % výskytů), tedy pacienti s různými typy mentální retardace.

Graf 2 – Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2017, 2018b

Pokud se nyní zaměříme na data ohledně nejčastějších diagnóz, které jsou léčeny v rámci psychiatrických ambulancí, dojdeme k následujícím číslům.

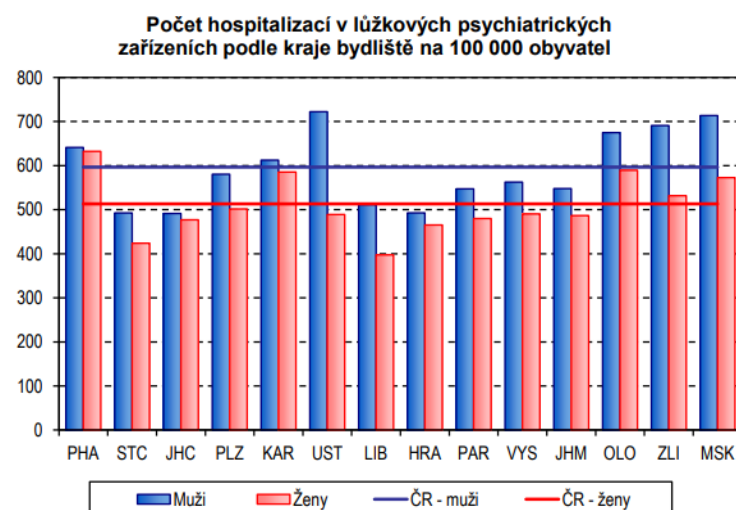
V případě pacientů, kteří jsou léčeni v psychiatrických ambulancích, máme na první příčce hned dvě kategorie duševních onemocnění. Konkrétně se jedná o neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 – F49) a syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59) s 40,1 % výskytů. Tyto všechny diagnózy jasně převažují mezi všemi možnými typy diagnóz. Poměrně zajímavé je umístění schizofrenie, která v případě lůžkové péče v rámci psychiatrických nemocnic je jasně dominantní, avšak zde se nijak výrazně nevyskytuje.

Naopak mezi nejméně zastoupené diagnózy, které byly v roce 2017 v rámci psychiatrických ambulancí léčeny, patří diagnóza F99 (0,2 % výskytů), jež označuje neurčené duševní poruchy a také diagnózy F64 – F66 (0,6 % výskytů), které označují poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference a poruchy chování související se sexuálním vývojem.

Rozdíl mezi počtem hospitalizací a počtem klientů léčených v psychiatrických ambulancích

Následující dva grafy jsou zaměřeny na rozdíl v počtu hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních za roky 2016 a 2017. Tento počet je rozdělen jednak dle pohlaví, jednak dle příslušného kraje a je vždy v přepočtu na 100 000 obyvatel.

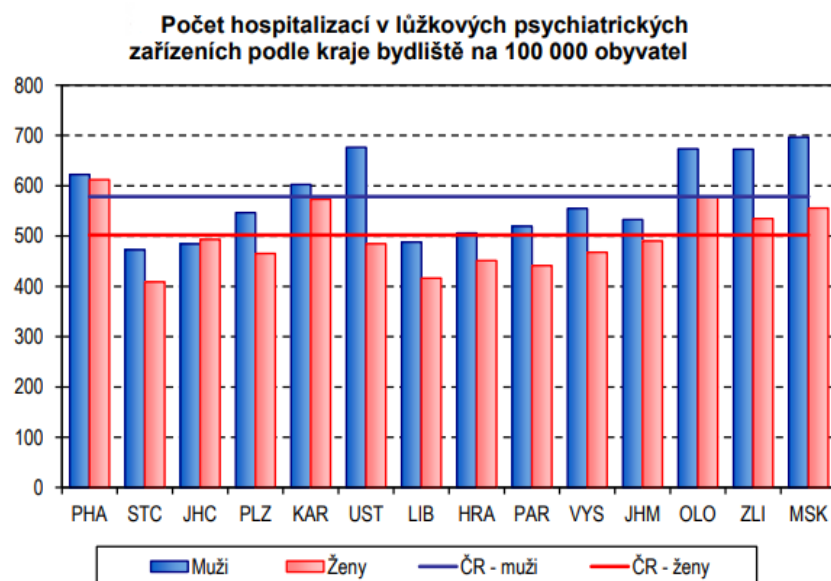
Graf 3 – Počet hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle kraje bydliště na 100 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2016, 2017

Jak z grafu vyplývá, v roce 2016 bylo nejvíce hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních uskutečněno v Ústeckém kraji, který byl těsně následován Moravskoslezským krajem. V obou případech se jedná o jasnou dominanci hospitalizace mužů. Naopak nejnižší počty hospitalizací za tento rok vykázaly Liberecký a Středočeský kraj.

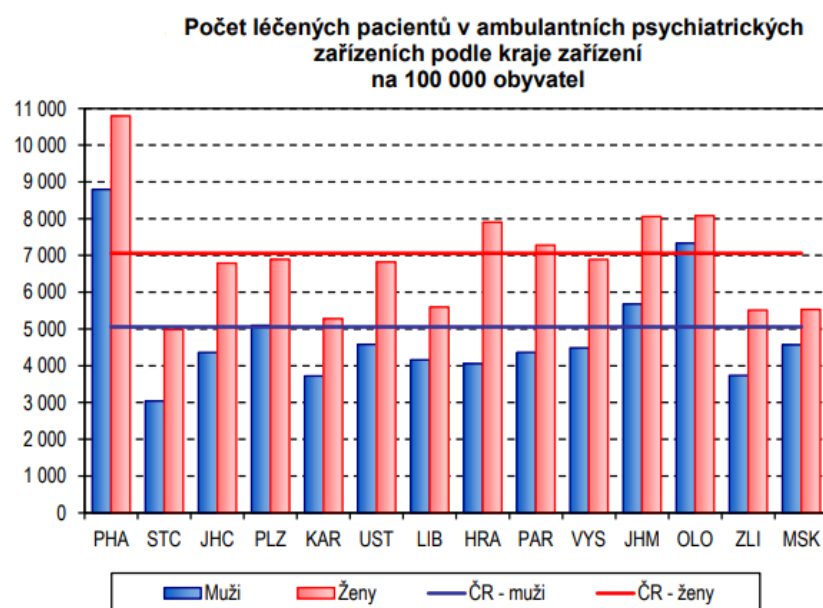
Graf 4 – Počet hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle kraje bydliště na 100 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2017, 2018b

Graf z roku 2017 ukazuje, že nejvyšší počet hospitalizací byl ve stejných dvou krajích jako v předchozím roce. Na první místo se dostal Moravskoslezský kraj s jasnou mužskou dominancí v hospitalizaci a druhým krajem byl kraj Ústecký. Pokud se podíváme na kraje s nejnižším počtem hospitalizací za rok 2017, jedná se o Středočeský a Liberecký kraj. V tomto roce opět výrazně převažoval počet hospitalizací mužů oproti hospitalizacím žen.

Graf 5 – Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle kraje zařízení na 100 000 obyvatel

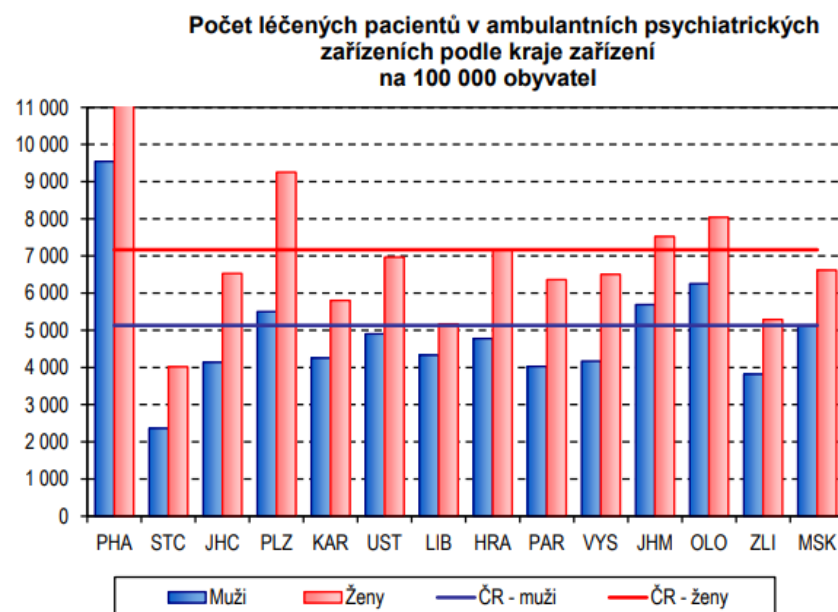


Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2016, 2017

Na dalších dvou grafech (graf č. 5 a graf č. 6) je vidět rozdíl mezi počty pacientů léčených v psychiatrických ambulancích mezi roky 2016 a 2017.

První z grafů, který pochází z roku 2016, zobrazuje výsledky rozdělené dle jednotlivých krajů a dále také dle pohlaví. V rámci léčby poskytované v psychiatrických ambulancích je zde výrazná převaha počtu pacientů v Praze. Tento výsledek je zapříčiněn tím, že v Praze se nachází poměrně velké množství jednotlivých psychiatrických ambulančí. Ve všech krajích v léčbě v rámci ambulančí převažují ženy.

Graf 6 – Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle kraje zařízení na 100 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická statistika psychiatrické péče 2017, 2018b

Nyní se zaměříme na poslední dostupné údaje, tedy údaje za rok 2017. Opět je zde jasná převaha pacientů, kteří se léčí v rámci ambulancí v hlavním městě, a stejný je zde i většinový podíl žen podstupujících léčbu tohoto typu ve všech krajích.

Duševní onemocnění jsou do jisté míry spjata s dnešním stylem života, dnešní dobou. Jejich markantní rozvoj v posledních třiceti letech je toho jasným důkazem. Prognóza do budoucna je však ne zcela jasná a zkoušet ji odhadovat by bylo velice naivní, a to i přestože se objevují názory spjaté s obavami nárůstu počtu duševních onemocnění do budoucna. Připravovaná novela zákona a především reforma systému psychiatrické péče reagují na potřeby změn ve stávajícím systému psychiatrické péče a mohly by tak přinést zvýšení kvality služeb a péče o tuto cílovou skupinu.

1.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Matoušek (2008, s. 200–201) definuje sociální práci jako „aplikovanou společenskovo-vědní disciplínu, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“. Definice dle Etického kodexu sociálních pracovníků České republiky (Profesní svaz, 2020, s. 1) říká, že „sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vztazích, sociální rovnost,

posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci“. V oblasti sociální práce se pracuje s jednotlivci, skupinami i komunitami, přičemž sociální pracovník se v rámci své činnosti zabývá prací s individuálním lidským potenciálem, a to i tam, kde je cesta takřka nemožná. Dále se sociální práce zabývá obecně právy klienta a v neposlední řadě jeho podporou v rámci zachování co nejdůstojnějšího způsobu života.

Co se týká jakéhosi dělení způsobů sociální práce, můžeme sociální práci rozdělit na tři typy. Jde o individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní sociální práci. Každý z těchto tří typů práce s klienty je pro osoby s duševním onemocněním vhodný, avšak v posledních letech se v České republice začíná rozmáhat především způsob komunitní sociální práce, která klade důraz na integraci klientů do většinové společnosti a poskytování péče pro ně, pokud je to možné, v jejich přirozeném prostředí. Komunitní péče je zaměřena především na skutečné potřeby lidí (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005).

Sociální pracovníci se s lidmi s duševním onemocněním mohou pracovně setkat na mnoha místech. Kromě klasických institucí, které mají dlouhou tradici v systému péče o tuto cílovou skupinu (například FOKUS z.ú.), nyní například v nově budovaných centrech duševního zdraví, dále v psychiatrických nemocnicích, případně na psychiatrických odděleních nemocnic. Dále se dle Matouška (2005, s. 135) můžeme setkat s touto cílovou skupinou například v *„ústavech sociální péče pro mentálně postižené, domovech důchodců, léčebných komunitách, v komunitních zařízeních, jako jsou například krizová centra či centra denních aktivit, či dokonce v zařízeních pro uprchlíky apod.*“ Obecně vzato se tak sociální pracovníci mohou setkat s člověkem s duševním onemocněním prakticky v jakémkoli typu sociální služby, zařízení. Je proto velice důležité, aby byl člověk vykonávající povolání sociálního pracovníka vybaven takovými schopnostmi a dovednostmi v oblasti duševního zdraví, aby byl schopen s takovými typy klientů jednat, pomoci jim či aby je případně dokázal adekvátně odkázat na jiné pracoviště, kde by se klientovi dostalo pomoci.

V případě naplnění potřeb u osob s duševním onemocněním jde dle Matouška, Kodymové a Kolářkové (2005) ze strany sociálních pracovníků především o poskytování cílené pomoci, a to v různých formách. Někdy jde o sociální poradenství (například z oblastí jako právo pracovní či rodinné), někdy jde klientům o specifickou pomoc s aktuálními problémy ve formě například psychoterapie, párové či rodinné terapie apod. Nejčastěji však požadují klienti po sociálních pracovnících různé konzultace. Sociální pracovníci by také měli disponovat kontakty, které budou schopni v případě potřeby adekvátně sami využít, či na ně odkázat klienta samotného.

V případě kompetencí sociálních pracovníků pro práci s touto cílovou skupinou osob s duševním onemocněním jde především o „*základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje*“ (Matoušek, Kodymová, Kolářková, 2005, s. 136). Okruh kompetencí, znalostí a dovedností se tedy v tomto případě rozšiřuje.

Důležitým úkolem sociálních pracovníků při práci s touto cílovou skupinou je příprava klienta na život v přirozeném prostředí, tedy na jeho přechod z institucionálního typu zařízení do přirozeného společenství. Sociální pracovník může mimo obecnou přípravu klienta také pomáhat zajistit pro něj navazující péči a tím i jeho vhodné životní podmínky (pomůže s nalezením bydlení, práce, proškolí klienta ohledně financí atd.). Definici náplně práce sociálního pracovníka při práci s touto cílovou skupinou přináší Matoušek et al., (2005), který ji definuje jako pomoc, při které bude spolu s klientem budován, a to většinou od úplných základů, tzv. most, po němž se klient bude moci naprosto přirozeně a s dostatečnou podporou dostat z institucionálního či jinak závislého typu života zpět do jeho přirozeného prostředí. Pro případ krize či jiného problému na straně klienta je sestavován i tzv. krizový plán.

Adekvátní je doplnit zde obecný výčet rolí dle Matouška et al., (2005), které sociální pracovník zastává při práci s touto cílovou skupinou.

- Prvotním krokem je vytvoření vztahu mezi klientem a pracovníkem.
Tento vztah by měl být z obou stran založen na vzájemném respektu a kooperaci. Samozřejmě je zde ze strany sociálních pracovníků brán v potaz i fakt, že v některých případech vybudování takového vztahu mezi klientem a pracovníkem nějakou dobu trvá.
- Dalším krokem je obecně podpora klienta, a to ve všech směrech. Jedním z jeho úkolů je mapování všech potřeb klientů a jejich uvedení do praxe. Sociální pracovník také často hraje roli jakési spojky mezi klientem a okolním světem,
- Velice důležitým úkolem, který má pracovník při práci s touto cílovou skupinou na starosti, je podpora klientovy integrace do společnosti. Osoby s duševním onemocněním mají často právě s touto složkou problém a potřebují tu pomoci.
- V neposlední řadě by měl být sociální pracovník empatický, chápavý a celkově orientovaný v problematice. Měl by rozumět odlišnostem, které život lidí s duševním onemocněním přináší, a měl by umět s nimi pracovat. Správný sociální pracovník si uvědomuje, že duševní onemocnění zásadně mění koncepty lidských životů, jejich

hodnoty, cíle. Ke každému klientovi by tak měl přistupovat individuálně a s respektem.

1.3 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Pro osoby s duševním onemocněním jsou v České republice poskytovány různé typy sociálních služeb. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v České republice zahrnují sociální služby: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Co se týká forem poskytování těchto sociálních služeb, pak se dle výše zmíněného zákona jedná o sociální služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou služby, kde je klient kromě potřebné pomoci i ubytován. Ambulantní služby jsou takové služby, za kterými klienti dochází na určené místo či do zařízení. Terénní služby jsou klientům poskytovány v rámci jejich domova, tedy v rámci jejich přirozeného prostředí, na což je v případě těchto služeb kladen důraz (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

1.3.1 Systém psychiatrické péče v České republice

Současný systém psychiatrické péče v České republice aktuálně prochází transformací. Avšak obecně vzato se stále dělí na péči ambulantní, péči lůžkovou (pobytovou) a terénní.

Ambulantní psychiatrickou péči v České republice aktuálně zajišťuje 1200 pracovišť a péči lůžkovou, která je zajišťována psychiatrickými odděleními nemocnic a samostatnými psychiatrickými nemocnicemi (do roku 2013 léčebnami), celkem 50 pracovišť. Péče lůžková, která je zde poskytována, se dá ještě dále rozdělit na péči akutní a následnou (ÚZIS, 2019a).

V současnosti Česká republika disponuje celkem 21 psychiatrickými nemocnicemi, z čehož 3 jsou primárně určené pro dětské klienty (ÚZIS, 2019a). Dále je na našem území také 29 psychiatrických oddělení v rámci nemocnic. Změny probíhající v rámci reformy psychiatrické péče však cílí na snížení počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích.

Systém péče o duševně nemocné je každým z autorů rozdělen odlišně, obsahově jsou ale tyto oblasti většinou shodné. Například Marková, Venglářová a Babiaková (2006) dělí systém péče o duševně nemocné osoby na péči ambulantní, lůžkovou a intermediární a dále na zařízení meziresortní a zařízení zcela mimo resort zdravotnictví. Mahrová (2008) popisuje ve své knize 5 hlavních článků systému péče o duševně nemocné osoby, mezi něž patří: nízkoprahová zařízení, ambulantní služby, stacionární péče, pobytové služby a služby následné péče.

Nízkoprahová zařízení

Prvním z nich je samotný prvotní kontakt odborníka s klientem, který častokrát probíhá například v nízkoprahových centrech, jež si kladou za úkol především svou snadnou dostupnost a otevřenost pro širokou veřejnost. Navíc služby nízkoprahových center jsou bezplatné, což zvyšuje přístupnost k tomuto typu služeb. Kontakt s touto službou může být zprostředkovaný jak klientem samým z jeho vlastní vůle, což je v případě osob s duševním onemocněním poměrně časté, tak například jeho rodinou či přáteli, kteří sem klienta odkázali. Jedním z cílů nízkoprahových center při práci s jejich klienty je i předcházení problémům spojeným s aktuálními stavy klientů.

Ambulantní psychiatrické služby a kontaktní centra

Další skupinou služeb jsou služby ambulancí či kontaktních center, na které jsou klienti nízkoprahových zařízení dále odkazováni jejich pracovníky. Dle Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen Strategie) (MZ, 2013, s. 35) je „*odborná zdravotní péče primárně určena docházejícím pacientům a ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění*“. Hlavním úkolem ambulantní péče je mimo samotnou léčbu například i prevence či resocializace (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Otevřenost a přístupnost nízkoprahových zařízení dává klientům pocit svobody, v jehož rámci nejsou nijak svazováni případnými pravidly, což však v případě ambulancí či kontaktních center už v takové míře neplatí. Proto připustit si problém a začít ho nějakým způsobem řešit je prvním velkým krokem, který vede klienta po správné cestě k maximální možné míře zvýšení kvality jeho života. Je však nutné podotknout, že klienti často nemají reálný náhled na svůj zdravotní stav a stav svého onemocnění, a tak k připuštění problému nemusí dojít tak snadno, jak bychom si přáli či představovali. Dle Petra a Markové (2014) jsou psychiatrické ambulance častokrát místem, kde se klient poprvé setkává s odbornou psychiatrickou péčí. Samozřejmostí je v tomto případě individuální práce s klienty dle jejich aktuálních potřeb a situace. V tomto případě některým klientům pomoc nabízená těmito službami naprosto postačuje a jsou po nějaké době schopni navrátit se k běžnému stylu života. V případě zhoršení zdravotního stavu je však nutné klienta předat z ambulantních typů služeb do služeb pobytových, kde se mu dostane intenzivnější a komplexnější péče, přičemž po zlepšení zdravotního stavu bude klient opětovně odkázán na ambulantní služby.

Stacionární péče

V systému péče o osoby s duševním onemocněním se nalézají i jakýsi stupínky mezi ambulantními a pobytovými službami, který je klienty poměrně hojně využíván. Zdravotnická ročenka České republiky (ÚZIS, 2019b) říká, že v roce 2018 využilo služby stacionářů celkem 731 klientů. Jedná se o stacionární péči, která kombinuje pobyt klienta, byť jen třeba na den či týden, v zařízení s odbornou péčí s jeho pobytem doma. Obrovskou výhodou tohoto typu sociálních služeb je, že klienti neztrácejí kontakt s rodinou a svým domácím prostředím a zázemím, což má prokazatelně dobrý vliv na jejich psychický stav.

Pobytové služby

Tradiční místo v tuzemském systému sociálních služeb pro duševně nemocné zastává pobytová neboli ústavní péče. Jedná se o zařízení institucionálního typu s nepřetržitým provozem, kde je osobám s duševním onemocněním poskytována komplexní péče.

V roce 2018 bylo dle Zdravotnické ročenky ČR (ÚZIS, 2019b, s. 94) hospitalizováno ve vybraných lůžkových zařízeních celkem 37 575 osob. Pobyt klienta na takovém místě se pohybuje často v řádu týdnů až měsíců, přičemž průměrná doba hospitalizace byla v tomto roce 79,4 dne.

Jedná se primárně o zařízení, jako jsou psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické nemocnice či kliniky. Je důležité zmínit, že především na psychiatrických odděleních a v psychiatrických nemocnicích mohou být klienti hospitalizováni jak zcela dobrovolně, tak i nedobrovolně.

Nedobrovolná hospitalizace klienta je však nařízena pouze v případě, kdy klient ohrožuje sebe, své okolí a rozhoduje o ní soud. Podmínky pro vzetí člověka do léčebny bez jeho souhlasu jsou zakotveny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně v § 38 odstavci 1 písmeně b. Podle znění tohoto zákona a zmíněného paragrafu lze pacienta hospitalizovat bez jeho výslovného souhlasu v případě, že:

- a) *pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí,*
- b) *pacient jeví známky duševní poruchy, touto poruchou trpí, nebo je pod vlivem návykové látky,*
- c) *hrozbu ze strany pacienta nelze odstranit jinak.*

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

Jedním z míst, kde je klientům a pacientům poskytována psychiatrická péče, jsou psychiatrická oddělení v rámci nemocnic, kterých máme v České republice celkem 29. Tato

oddělení, která jsou zřizována v rámci nemocnic, se primárně zaměřují na akutní péči. Tento typ péče je typicky poskytován klientům, u kterých došlo k rapidnímu zhoršení jejich stavu, jenž nutně vyžaduje hospitalizaci. Úkolem akutní psychiatrické péče je dle Petra a Markové (2014) především včasná diagnostika, dále pak nastavení adekvátního typu léčby včetně případné vhodné medikace pro klienta, později také zajištění vhodného typu návazné péče, pokud je pro klienta indikována.

Psychiatrické nemocnice

Jedná se o lůžková zdravotnická zařízení, která poskytují komplexní péči pro své pacienty. Jejich hlavním úkolem je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných. V poslední době se okolo psychiatrických nemocnic strhla vlna nevole především z řad odborníků, a proto je vytvářen tlak na transformaci těchto velkokapacitních zařízení v zařízení komunitního typu a celkově ve snižování jejich počtu. Zároveň se jedná o zastaralý systém péče, který plně nevyhovuje požadavkům na péči v 21. století.

Služby následné péče

Posledním článkem systému péče o osoby s duševním onemocněním, jak uvádí Mahrová (2008), je tzv. návazná doléčovací péče, kterou zajišťuje sociální pracovník ve spolupráci s klientem, a to zpravidla ještě před jeho propuštěním z pobytového typu služby. Formy této péče mohou být různé, avšak při každé z nich je brán zřetel na resocializaci klienta. Problémem, se kterým se v České republice potýkáme, je fakt, že většina těchto zařízení je orientována do měst, takže jejich dostupnost není zcela optimální.

1.3.2 Reforma systému psychiatrické péče a deinstitucionalizace

Reforma systému psychiatrické péče, která započala již před sedmi lety, tedy v roce 2013, je postavena na strategii vydané Ministerstvem zdravotnictví z roku 2013. Aktuální systém psychiatrické péče, který funguje v naší zemi, je velmi rigidní a Česká republika tak postrádá služby pro psychiatrické pacienty, které by byly poskytovány v jejich přirozeném prostředí. Cílem této reformy, která je naplánována na roky 2014–2023, je zajistit zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním na našem území (MZ, 2013).

Obecným cílem celé Strategie reformy systému psychiatrické péče je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Juríčková et al. (2014) uvádí důvody, které nejčastěji brání lidem s duševním onemocněním zapojit se naplno do běžného života. Jsou to především nízké důchody (v tomto případě převážně invalidní), také nedostatek pracovních příležitostí na trhu práce či nevyhovující bydlení. Právě nedostatek pracovních příležitostí pro osoby

s duševním onemocněním vede i k těžšímu přístupu k vlastnímu bydlení, následkem čehož jsou tito lidé nuceni pobývat například v různých institucích.

Specifické cíle psychiatrické reformy, prostřednictvím nichž chce dosáhnout všeobecného zkvalitnění života osob s duševním onemocněním, jsou volně přístupné a dohledatelné na webových stránkách. Dle Strategie (MZ, 2013, s. 31–33) lze hlavních cílů dosáhnout například prostřednictvím plošného zkvalitnění a zefektivnění péče o tyto osoby. Dále Strategie (MZ, 2013) klade důraz na destigmatizaci osob s duševním onemocněním a celé psychiatrie obecně. Jedním z dalších dílčích cílů je i zlepšení provázanosti systému sociálních, zdravotních a dalších návazných služeb. Velkým úkolem, který si psychiatrická reforma klade, je i zajištění vyšší spokojenosti psychiatrických pacientů s péčí o ně, což ve velké míře souvisí i s celkovou humanizací psychiatrické péče v naší zemi.

Deinstitucionalizace

Psychiatrická reforma si zároveň klade za cíl deinstitucionalizaci psychiatrické péče. Deinstitucionalizace neboli přesun těžiště péče o duševně nemocné z institucionálních typů zařízení do přirozeného prostředí je jedním z bodů systému péče, který by se měl dle Matouška (2005) podporovat. Vzhledem k datu vydání Matouškovy publikace, od něhož uběhlo 15 let, je jasně vidět, že potřeba deinstitucionalizace tu byla již mnohem dříve, nežli se skutečně systémem psychiatrické péče začali zabývat ministerstvo, odborníci i veřejnost. Souběžně s tímto krokem by se také měl snižovat počet lůžek v institucionálních typech zařízení, jako jsou psychiatrické nemocnice. To však neznamená, že by se lůžka pro psychiatrické pacienty měla rušit zcela a bez náhrady. Vhodnou alternativou péče v institucionálních zařízeních by se měla stát zařízení komunitního typu. Dále Matoušek et al., (2005) dodává, že jedním ze základních rysů deinstitucionalizace je také prevence hospitalizací klientů, a to především prevence těch neopodstatněných hospitalizací, ať už v psychiatrických nemocnicích, či na psychiatrických odděleních nemocnic. Jako další zde Matoušek diskutuje o důležitosti změny u klienta od azylu, který se rovná instituci, k azylu jako funkci.

Problematikou deinstitucionalizace se v České republice zabývá a primárně ji má v gesci Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) a Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ), které v rámci Operačního programu Zaměstnanost realizují různé projekty právě na podporu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Aktuálně lze za MPSV jmenovat projekt Život jako každý jiný a za MZ Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné.

1.3.3 Centra duševního zdraví

V rámci reformy psychiatrické péče se u nás postupně zřizují tzv. Centra duševního zdraví (dále jen CDZ). „*Jedná se o zařízení, která systémově rozšíří péči o chybějící služby a funkce*“ (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 33). Tato centra jsou právě podle výše zmiňované reformy jejím čtvrtým a nejdůležitějším pilířem.

Dle Strategie (MZ, 2013. s. 41) poskytují tato centra svým klientům služby, jejichž základ je vystaven především na individuálním přístupu ke každému jednotlivému klientovi. Pokud aktuální situace a stav klienta dovolí, jsou mu služby poskytovány v jeho přirozeném prostředí, což je primárním cílem služeb poskytovaných CDZ, případně na místech k tomu určených – přímo v CDZ. Cílem těchto center a jejich pracovníků je zplnomocnit klienta k co možná nejvíce samostatnému životu v běžné společnosti. Za jejich kvalitu zodpovídají multidisciplinární týmy složené jak ze sociálních, tak i ze zdravotnických pracovníků.

Složení těchto multidisciplinárních týmů je mnohdy různorodé i přesto, že existuje metodika ke složení těchto týmů. V rámci této metodiky s názvem Základní principy péče poskytované v CDZ (MZ, 2020d) bylo specifikováno, že multidisciplinární tým by měli tvořit: sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (celkem 8,5 úvazku), zdravotní pracovníci (psychiatři – 1,5 úvazku a kliničtí psychologové – 1 úvazek), peer konzultanti (0,5 úvazku), psychiatrické nebo všeobecné sestry (celkem 9 úvazků). Dohromady by tedy v rámci jednoho CDZ mělo být 20,5 úvazku, přičemž spádová oblast jednoho CDZ by měla být zhruba 100 000 obyvatel. Jak uvádí Matoušek, Kodymová a Koláčková (2005, s. 143), práce multidisciplinárního týmu je v mnoha ohledech specifická a jedinečná. Hlavní výsadou těchto týmů je fakt, že i přestože je tým poměrně rozmanitě obsazen, je zachována specifická, odbornost a odlišnost každé jednotlivé profese, jejíž zástupce se v multidisciplinárním týmu nachází. Úkolem sociálních pracovníků v těchto týmech je především jejich dovednost a znalost práce s lidskými vztahy a rozličnými životními podmínkami, které ovlivňují kvalitu života klientů.

Cílem, kvůli kterému jsou tato centra budována, je především to, aby klienti díky těmto službám nemuseli být hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích, případně na psychiatrických odděleních nemocnic, ale mohli při své léčbě co nejvíce času pobývat doma. Jedním z dílčích cílů Center duševního zdraví je i prevence pobytu klienta v zařízeních ústavního typu, případně alespoň zkrácení délky tohoto pobytu na minimum. Zároveň je cílem, aby klienti mohli fungovat maximálně samostatně a zároveň zůstali aktivně zapojeni

do společnosti. Do budoucna je v České republice plánováno vybudování až 100 CDZ rovnoměrně rozmístěných po celé zemi (MZ, 2013, s. 42).

Aktuálně k 1. 1. 2020 je v České republice dle údajů Ministerstva zdravotnictví (MZ, 2020a) celkem dvacet CDZ v různých částech republiky. V roce 2018 bylo otevřeno celkem pět CDZ a v minulém roce dalších patnáct z plánovaných šestnácti. V roce 2020 by mělo být otevřeno dalších 9 CDZ.

1.4 Legislativa

Mezi základní legislativní dokumenty, které jsou důležité při prosazování práv osob s duševním onemocněním, můžeme zařadit:

- Ústavu České republiky (zákon č. 1/1993 Sb.);
- Listinu základních práv a svobod (usnesení č. 2/1993 Sb.);
- občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.).

Důležitým aktuálním dokumentem spojeným s problematikou duševního zdraví a duševních onemocnění je Národní akční plán pro duševní zdraví na roky 2020–2030, který byl schválen na počátku roku 2020 a jehož autorem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Jeho předchůdcem byl tento Akční plán na roky 2013–2020.

Mezi strategické cíle tohoto Akčního plánu (MZ, 2020b, s. 21, 32, 41, 45, 54) na následujících deset let patří:

- *„Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi*
- *Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku*
- *Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblastmi duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována*
- *Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby*
- *Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.“*

Patrně podstatným dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006, která byla přijata Organizací spojených národů (dále jen OSN). Tato úmluva, k jejímuž dodržování se Česká republika zavázala svým podpisem v roce 2007, je u nás platná od roku

2009 a jejím hlavním smyslem je podporovat a především chránit základní lidská práva a svobody osob se zdravotním postižením (Kancelář veřejného ochránce práv, 2020).

Dalšími, neméně důležitými dokumenty, jsou Zelená kniha a Bílá kniha.

Zelená kniha pocházející z roku 2005 se zabývá problematikou zlepšení duševního zdraví obyvatelstva a její celý název zní: *Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Autoři uvádí, že: „*duševní zdraví obyvatelstva může přispět k dosažení některých strategických cílů politiky EU, jakými jsou např. vrátit Evropu zpět na cestu k dlouhodobé prosperitě, udržet oddanost Evropy solidaritě a sociální spravedlnosti a přinést hmatatelné praktické zlepšení kvality života evropských občanů*“ (Komise evropských společenství, 2005, s. 3). Cílem, který si Zelená kniha vytyčila, je definovat strategické cíle v oblasti duševního zdraví pro celé Evropské společenství. Konkrétně by se jednalo o „*vytvoření rámce pro výměnu a spolupráci mezi členskými státy, zapojení do tvorby řešení široké spektrum zúčastněných stran a zlepšení provázanosti opatření v odvětvích zdravotní i nezdravotní politiky*“ (Komise evropských společenství. 2005, s. 3).

V neposlední řadě patří mezi důležité legislativní dokumenty Deklarace lidských práv a duševního zdraví z roku 1989.

2. Stigma a duševní onemocnění

Termín stigma je poměrně známý pojem, který se může vztahovat k široké škále nejrozličnějších témat. Stigma v souvislosti s duševními onemocněními a psychiatrií obecně je v České republice velmi rozšířené a jedná se o znamení jakési domnělé méněcennosti jedince (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Podle Ociskové a Praška (2015) je mnohdy spojováno s odrazením pacientů od řešení jejich stavu a léčby (právě díky strachu ze stigmatizace), dále s diskriminací těchto osob a v neposlední řadě také se sníženým zájmem studentů lékařských fakult věnovat se právě tomuto oboru. Zkoumání tohoto jevu se věnuje například každoroční průzkum Ministerstva zdravotnictví České republiky zvaný Barometr mezi mediky, kterého se účastní studenti lékařských fakult napříč celou republikou. Jedná se o studenty čtvrtých, pátých a šestých ročníků. Podle dat dostupných z tohoto výzkumu si obor psychiatrie zvolilo v roce 2016 stejně jako v roce 2017 pouhá tři procenta všech dotázaných budoucích lékařů. Převáděno na čísla, v roce 2016 šlo o 1207 dotázaných, v roce 2017 o 917 dotázaných. V roce 2018 se jednalo o čtyři procenta ze všech dotázaných, tedy o 1314 respondentů (MZ, 2019).

Pojem „*stigma*“ pochází již z dob antického Řecka, kde byl tento termín spojován s označováním vybraných tělesných znaků, kvůli nimž mělo vyjít najevo něco špatného, neobvyklého nebo jakkoli jiného o morálním statusu člověka. Tyto vybrané znaky byly následně lidem vypalovány na kůži tak, aby bylo jasné, k jaké skupině obyvatel daný jednotlivec patří (Goffman, 2003). Dle názoru Ociskové a Praška (2015), kteří potvrzují sémantický původ tohoto slova, bylo toto slovo doslovně překládáno jako vypálené znamení na kůži či tetování. Slovo stigma bývá proto mnohými autory dodnes interpretováno a vysvětlováno jako určitý znak nebo stopa jedince, díky čemuž lze člověka jasně identifikovat.

Obecnou definici stigmatu přináší Ocisková a Praško (2015, s. 11), kteří tento termín popisují takto: „*stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele.*“ Další výklad tohoto pojmu přináší Hartl, Hartlová (2015). Autoři poukazují na fakt, že v případě stigmatu se jedná o určitý předsudek vůči jednotlivci či skupině osob, na jehož základě jsou pak právě jedinci či skupině osob přisuzovány různé záporné vlastnosti. Matoušek, Kolářková a Kodymová (2005) dodávají, že ke stigmatizaci či diskriminaci této skupiny osob nedochází pouze mezi jednotlivci, ale i v rámci místní komunity, do níž duševně nemocní spadají. V některých případech dochází k těmto jevům v rámci většinové společnosti. Bylo by zde také vhodné zmínit, že zdrojem stigmatizace může

být mimo „neviditelné“ vlastnosti, jakou je třeba právě duševní onemocnění, také vlastnost viditelná (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Obecně lze stigmata dělit celkem do tří skupin, a to na stigma sociální, institucionální (strukturální) a internalizované (Ocisková, Praško, 2015).

- **Sociální stigma** poukazuje na stereotypy, které mají velké sociální skupiny vůči zpravidla menším stigmatizovaným skupinám, v našem případě vůči osobám s duševním onemocněním.
- **Institucionální či strukturální stigma** se týká především chování a postojů veřejných představitelů (typicky soudci, lékaři a jiný zdravotnický personál atd.), kteří mohou lidem s duševním onemocněním jakkoliv zkomplikovat život, a to prostřednictvím omezení jejich práv a příležitostí.
- **Internalizované stigma** se skládá ze tří fází, během nichž jednotlivec či skupina negativní stereotypy, které vůči nim zaujímají ostatní lidé, přijímají za své.

Další dělení, které přináší taktéž Ocisková s Praškem (2015), je dělení na stigma veřejné a stigma osobní. **Veřejným stigmatem** rozumíme stav či situaci, kdy většinová společnost různými způsoby podporuje předsudky vůči naší cílové skupině, nebo alespoň se jim jakkoli nebrání. Důležitou složkou veřejného stigmatu jsou projevy diskriminačního chování vůči jedincům s duševním onemocněním. **Osobní stigma** a jeho definice jsou poněkud komplikovanější. Osobní stigma se skládá ze tří složek: vnímaného stigmatu, zakoušeného stigmatu a sebestigmatizace.

2.1. *Historie*

Postavení člověka s duševním onemocněním ve společnosti bylo, je a pravděpodobně i bude odrazem doby, ve které daný člověk žije, ale také úrovně znalostí, které o této skupině našich spoluobčanů máme, a také kultury, již v dané době uznáváme (Ocisková, Praško, 2015). „*Dříve se uvádělo, že hlavním zdrojem stigmatizace jsou obavy z onemocnění, která jsou neléčitelná, a že stigma zmizí, jakmile se vynoří účinná léčba. Stigmatizace by se tak měla snižovat se zvyšující se úspěšností léčby psychiatrických pacientů*“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 253). Toto však bohužel není tak zcela pravda, jelikož i přes veškeré pokroky v léčbě duševních onemocnění má stále většina populace s lidmi s duševním onemocněním jistý problém. To dokazuje například výzkum, který proběhl v březnu roku 2019 pod záštitou Centra pro výzkum veřejného mínění (dále jen CVVM). V rámci tohoto pravidelného výzkumu CVVM s názvem Naše společnost byly zkoumány postoje českých občanů k jednotlivým skupinám obyvatel formou dotazu, koho by si nejméně přáli mít za svého

sousedů. Celkem 61 % všech dotázaných uvedlo, že by si nepřálo mít za své sousedy právě osoby s duševním onemocněním. Tuto skupinu osob pomyslně předběhly jen osoby závislé na drogách, alkoholu a osoby s kriminální minulostí (CVVM, 2019).

Starověk

Ocisková a Praško (2015) tvrdí, že v období starověku se na duševně nemocné nahlíželo jako na prokleté či posedlé zlých duchem. V této době samozřejmě nebyly znalosti v oblasti psychického zdraví nikterak vědecky podložené, a proto lidé přičítali všechno jiné a odlišné, co neznali, působení nadpřirozených sil a bytostí. „*V době starověku lidé vnímali nemoc, ať už tělesnou či duševní, za seslání trestu od bohů a odvrácení jejich náklonosti*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25). Důležitou osobou v této době byli šamani, již byli označováni jako profesionální léčitelé tehdejší doby. Ti mimo jiné zprostředkovávali kontakt mezi světem lidským a světem například duchů.

Důležitou osobností starověku byl Hippokrates, který jako první přišel s tím, že nemoc je přirozený stav a proces u člověka, nejedná se tak o působení nadpřirozených sil a bytostí. Léčbou, kterou praktikoval na duševně nemocné osoby, bylo odstraňování nadbytku některé ze čtyř hlavních šťáv z těla formou pouštění žilou či požití projímadla (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Hippokratova teorie temperamentu, o kterou svou léčbu opřel, stojí na čtyřech základních tělních tekutinách, přičemž nadbytek jedné z nich ovlivňuje náš temperament. Jedná se o krev (sanguis), žluč (cholé), černou žluč (melancholé) a sliz (flegma) (Vágnerová, 2004). Od Hippokrata také pocházejí některé poznatky o duševních onemocněních, které on všechny nazýval jako paranoii, a jež přetrvaly až do dnešní doby (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Středověk

Ve středověku se termín stigmatu pod vlivem všudypřítomného křesťanství začal spojovat i s náboženstvím. V souvislosti s ním se zde poprvé objevuje forma tzv. pozitivního stigmatu, jež byla spojována s osobou Ježíše Krista. Osoby mající umístěné na svém těle jeho znamení jím vyjadřovaly příslušnost k danému náboženskému vyznání a hlubokou víru v něj (Praško, 2001).

Samozřejmě je tato doba spojována i se stigmatem, které bylo obecnou populací považováno za velmi negativní. Duševní onemocnění, tehdy označované jako šílenství, bylo chápáno jako omyl či hřích a často bylo spojováno se zbavením se rozumu a posednutím zlými duchy, či dokonce ďáblem. Typickým příkladem byla znamení čarodějnic, za něž byly

jejich nositelky po jejich odhalení upalovány. V době středověku se také poprvé začínáme dozvídat o „způsobu práce“ s duševně nemocnými osobami. Ty byly stejně jako třeba lidé s různými druhy infekčních nemocí neúprosně izolovány od okolního světa. Literatura se také poprvé zmiňuje o tzv. věži bláznů, kam byli tito jedinci zavíráni, či o tzv. lodi bláznů, která byla neúprosně spjata s takřka nulovou pravděpodobností návratu do normální společnosti a života. Lodě bláznů byla varianta, jak se zbavit „nepřizpůsobivých“ občanů a jejich problémů – duševního onemocnění. Pro tuto dobu bylo typické také usmrcování jedinců vymykajících se běžným standardům dané doby. V Čechách v době středověku neexistoval dle dostupných údajů žádný systém péče o duševně nemocné (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Novověk

V období novověku, kdy Velká francouzská revoluce v roce 1789 zapříčinila kompletní začátek budování veřejné péče, francouzský lékař, psychiatr Philippe Pinel udělal první a převratný krok k nastolení rámců kvality péče o duševně nemocné, díky němuž je považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie. V roce 1793 Pinel: „*vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně choré na světlo a vzduch a zaručil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 27). Pinel přišel jako první s názorem, že duševně nemocné je třeba léčit a v rozumné míře na ně brát ohledy. Dalším důležitým krokem pro zkvalitnění péče o duševně nemocné, který Pinel udělal, bylo to, že se mu podařilo obor psychiatrie zařadit mezi lékařství a vědu (Černoušek, 1994).

Na Pinelových základech se velice brzy začal obor psychiatrie rozvíjet, avšak první ústav pro duševně choré vůbec vznikl již v roce 1751, a to v Londýně. Pokud se však zaměříme na české země, pak první ústav pro duševně choré, nazývaný blázinec, zde byl otevřen v roce 1790, a to konkrétně v Praze. Tento ústav měl kapacitu 57 osob. S ohledem na styl práce, léčby a zacházení s duševně nemocnými obecně v minulosti se dá říci, že otevření tohoto prvního českého ústavu bylo základním kamenem pro vybudování oboru psychiatrie v českých zemích a zpřístupnění léčby pro klienty. Avšak z námi dohledaných zdrojů prozatím nešlo o příliš důstojný typ léčby. Změna nastala až v roce 1826, kdy byl v Praze jako nové sídlo blázince zakoupen klášter sv. Kateřiny, který sídlil zhruba 200 metrů od původního objektu. Tento nový objekt byl schopen najednou pojmout až 260 nemocných, což je více než stoprocentní nárůst oproti původním možnostem. Díky dalšímu budování v rámci areálu

kláštera byl v roce 1850 v Praze ústav, který měl kapacitu až 500 lůžek a patřil k jedněm z nejlepších v Evropě (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Vzhledem k neustálému přeplňování předepsaných kapacit pražského ústavu pro duševně choré byly v následujících letech vybudovány ústavy další, z nichž mnoho přetrvalo do dnešní doby. Jednalo se například o: „*Kosmonosy (1869), Dobřany (v letech 1876–1883 byl ústav stavěn, v roce 1880 byl provizorně otevřen, aby ulevil přeplněné kapacitě v pražském Blázinci a v roce 1881 byl otevřen oficiálně), Bohnice (1909)*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 31).

Od minulého století do současnosti

Dvacáté století bylo plné velkých milníků, které ovlivnily naši společnost i vývoj psychiatrické péče, náhled veřejnosti laické i odborné na pacienty apod.

První velkým milníkem byl vznik samostatného státu v roce 1918, po kterém bohužel přišel markantní úbytek investic do psychiatrie a psychiatrické péče. Tyto skutečnosti se projevíly jednak v kvalitě poskytované péče a jednak v počtu možností, které měli psychiatrické pacienti při volbě své léčby (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Období druhé světové války, které nejen českou zemí hodně otřásl, bylo charakteristické nacistickou ideologií, pro niž byli duševně nemocní pouhým odpadem, kterého se bylo třeba zbavit. Dle dostupných údajů bylo v době druhé světové války na našem území cca 400 000 osob sterilizováno a zhruba 200 000 psychiatrických pacientů bylo zavražděno (Ocisková, Praško, 2015). A ani po skončení druhé světové války se situace ohledně duševně nemocných nevyvíjela příliš příznivě. Razilo se zde heslo: „*v nové lepší společnosti nebude bláznů a šílenců*“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 33).

Velký milník novodobých dějin, tedy konec komunistického režimu v Čechách v roce 1989, přinesl opět velké změny. Po roce 1989 zde byla tendence rušit psychiatrické léčebny, propustit jejich pacienty a vytvořit celkově humánnější systém psychiatrické péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). O jeho humanizaci se Česká republika snaží dodnes, tedy již přes 30 let od revoluce.

2.2. *Stigma v souvislostech s duševně nemocnými osobami*

Pokud se nyní zaměříme přímo na stigma v souvislosti s duševními nemocemi, pak bychom si nejdříve měli uvědomit, že se jedná o velice negativní společenský jev, který má nejen u nás, ale i ve světě dlouholetou tradici. Jedná se o často diskutované a skloňované téma, a to jak pro osoby, které samy trpí nějakým druhem duševního onemocnění, jejich

rodinné příslušníky a známé, tak i pro širokou veřejnost. Jak jsme se již zmiňovali výše, první zmínky o stigmatizaci pochází již z dob antického Řecka a bohužel tento sociální jev přetrvává i v dnešní době. Stigmatizace této skupiny obyvatelstva tak do jisté míry souvisí s danou dobou, dále s úrovní poznatků, které o této problematice máme, a samozřejmě také s celkovou kulturou.

Matoušek, Kodymová a Kolářková (2005) uvádějí, že stigma v oblasti duševních onemocnění označuje předsudek. Jde konkrétně o předsudek, že duševně nemocní coby skupina osob žijících v naší společnosti jsou skupinou nežádoucí, které je třeba se bát, či se jí dokonce vyhýbat. Toto potvrzuje i Mahrová (2008), která rovněž spojuje stigma u duševně nemocných s předsudky a stereotypy a zároveň dodává, že právě pomocí různých předsudků a stereotypů jsou různé skupiny lidí, v tomto případě osob s duševním onemocněním, posuzovány ostatními poněkud iracionálně. Dle Thornicrofta (2006) je problematika stigmatu založena na nízké znalosti, předsudečných postojích a jednání.

Matoušek, Kodymová a Kolářková již ve své publikaci z roku 2005 uvádějí, že kvalitně nastavená péče o osoby s duševním onemocněním by měla zahrnovat již prevenci stigmatizace této cílové skupiny. Vzhledem k aktuálně probíhající reformě psychiatrické péče v České republice, kde je oblast odstraňování stigmatu jedním z jejích klíčových cílů, se tak na nastavení kvalitní péče o tuto skupinu osob stále pracuje.

Toto vše jde ruku v ruce se smýšlením veřejnosti o účinnosti psychiatrické léčby, kdy vzhledem k tomu, že psychiatrie byla v minulosti zneužívána vládnoucími režimy (nacismus, komunismus), má mnoho lidí mylné představy o jejím reálném smyslu a funkci (Praško, 2001).

2.3. Dopady stigmatizace na jedince a jeho celkovou integritu

Onemocnění psychickou poruchou představuje pro jedince velký zásah do jeho dosavadního života, přičemž duševní onemocnění se často stává dlouhodobým partnerem na cestě životem. Proto u těchto jedinců často dochází k popírání a nepřijetí jejich diagnózy, dále k odkládání nebo vyhýbání se vhodné léčbě, to vše kvůli strachu z doživotní stigmatizace vzhledem k jejich diagnóze (Praško, 2001).

Ocisková a Praško (2015) přináší obecný výčet oblastí, v nichž mohou osoby s duševním onemocněním nejvíce pociťovat dopady stigmatizace. Jedná se o izolaci jedince (sociální izolaci), dále o stigmatizaci celé rodiny, diskriminaci v rodině, stigmatizaci v léčbě či o bezdomovectví.

Sociální izolace

Izolace duševně nemocného jedince se může projevat ve více oblastech, nikoli pouze v oblasti sociální, a může probíhat také v oblasti emocionální či v oblasti kognitivní.

V případě, kdy bychom se zaměřili pouze na oblasti sociální izolace, kterou Harl a Harlová (2015) definují jako stav, během něhož dochází k odcizení a odloučení člověka od většinové společnosti, pak tento typ odloučení jedince můžeme dále klasifikovat dle toho, zda se jedná o sociální izolaci ze strany společnosti vůči danému jedinci nebo zda se jedná o sociální izolaci ze strany samotného izolovaného člověka.

Stigmatizace celé rodiny

Fakt, že diagnóza psychického onemocnění má významný dopad na člověka samotného je stejně dobře známý jako ten fakt, že tato diagnóza může mít negativní dopad i na jedincovu nejbližší rodinu. Velice často zde následně dochází k odmítání a bagatelizování celého problému ze strany rodiny, což může vést až ke zhoršení klientova stavu vzhledem k pozdní diagnostice, pozdnímu nástupu léčby či odmítání případné hospitalizace kvůli strachu z reakce okolí.

Diskriminace v rodině

Vzhledem k tomu, že naprostá většina duševně nemocných trvale žije ve své rodině, nikoli někde v ústavu, je velice důležité, jaká je situace v rodině, jak se rodina umí vypořádat s nastalou situací a diagnózou svého člena. Také je velice důležitá podpora nejbližších, kteří nemocnému pomáhají. V případě, že tyto věci nefungují tak, jak by měly, může docházet k diskriminaci nemocného člena rodiny. Jedním z nejčastějších důvodů nepřijetí duševně nemocného člověka rodinou bývají projevy psychické poruchy v době relapsu, což může vést k narůstání počtu konfliktů v rodině s následkem zvyšování nepřátelského prostředí (Ocisková, Praško, 2015).

Stigmatizace v léčbě a v důsledku léčby

Další oblastí, v níž se osoby s duševním onemocněním mohou setkat se stigmatizací, a to především ze strany veřejnosti, je oblast pro klienty velice osobní a citlivá. Jedná se o oblast léčby, jež je spjata obecně s dopady stigmatizace a byla zde a bude ještě několikrát zmiňována. Vystihující by zde bylo snad jen toto: *„polovina až dvě třetiny lidí, kteří by mohli z psychiatrické léčby profitovat, ji nikdy nevyhledají z důvodu, aby nebyli spojováni se*

stigmatizovanou skupinou psychicky nemocných“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 42). U duševně nemocných osob se strach z přidělené „nálepky“ v případě vyhledání odborné pomoci pojí s odmítáním včasného, nebo v horším případě vůbec nějakého zahájení léčby. Zároveň existují studie, které dokazují, že ke stigmatizaci osob s duševním onemocněním často dochází i ze strany pomáhajícího, tedy lékaře či obecně zdravotnického personálu. To dokládá například Graham Thornicroft, který poukazuje na to, že zdravotníci mají k lidem s duševním onemocněním často stejné postoje jako většinová populace, v některých případech dokonce horší (Zdravotnický deník, 2018). Z českého prostředí bychom mohli jmenovat například projekt Mindset, který probíhal pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví. Tento projekt se nezabýval přímo stigmatizací pocházející od zdravotnického personálu. V jeho rámci se zkoumaly postoje studentů středních zdravotnických škol, tedy budoucího zdravotnického personálu, k lidem s duševním onemocněním. Tyto postoje byly u většiny z nich na počátku celého výzkumu značně stereotypní. Jeho cílem bylo změnit tyto postoje vůči psychicky nemocným u zúčastněných studentů (NUDZ 2016).

Bezdomovectví

Člověk s duševním onemocněním se může dostávat do situací, z nichž nevidí žádné východisko. V případě přijetí vlastní diagnózy by okamžitě došlo ke stigmatizaci ze strany společnosti. Bohužel v některých případech se lidé s nějakým typem duševního onemocnění dostávají na ulici, a to v důsledku neřešení narůstajících problémů. Jakékoli duševní onemocnění může velice negativně ovlivnit fungování člověka ve společnosti (Marek, 2010). Dle Šupkové a kolektivu (2007) většina osob trpících duševním onemocněním pobývajících na ulici trpěla touto nemocí již dříve, než se dostala na ulici. Marek (2010) uvádí, že výskyt duševního onemocnění u lidí bez domova je vyšší u žen než u mužů, a to zhruba čtyřikrát.

Dopady stigmatizace na jedince s duševním onemocněním jsou tedy nepochybně velké a zahrnují oblasti napříč jeho celkovým bytím, a to počínaje interpersonálními vztahy daných osob, sociálními potřebami, psychickým prožíváním, konče celkovým zdravotním stavem jedince (Ocisková, Praško, 2015). Avšak je důležité podotknout, že existuje výrazný rozdíl mezi stigmatizací a sebestigmatizací, a to i přestože se vzájemně ovlivňují a doplňují (Thornicroft, 2006), což tedy vede k rozdělení jednotlivých dopadů na jedince a jeho celkovou integritu.

2.3.1. Dopady veřejného stigma – stigmatizace

„Veřejné stigma je předsudek, který vede k diskriminaci, pokud mají lidé ve svých postojích specifické stereotypy, například že všichni lidé s duševním onemocněním jsou nekompetentní a neschopní udržet si zaměstnání, nebo že všichni lidé s psychickou poruchou jsou nevyzpytatelní a potenciálně nebezpeční“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 40).

V rámci veřejného stigma se tedy budeme bavit především o předsudcích, které duševně nemocné diskriminují. Projevují se formou různých zažitých stereotypů, které ovlivňují naše smýšlení o skupině našich duševně nemocných spoluobčanů. Pro objasnění toho, jak těžký boj je se stigmatizací duševně nemocných osob, bychom si měli připomenout, jaký je rozdíl mezi předsudky a stereotypy.

Předsudky jsou podle Vágnerové (2004) charakteristické tím, že se jedná o předem vytvořené úsudky, a to zpravidla negativní, vztahující se k určité skupině osob a jejich jednotlivým členům. Jedná se o postoje, které se skládají z kombinací různých pocitů, přesvědčení a následného jednání. Předsudky jsou druhem postojů, pro něž je typické, že mají silný emotivní náboj a slabou kognitivní složku. Jsou založené na afektivní bázi, což znamená, že jedinci mají o dané věci málo informací a mají s ní naprosté minimum zkušeností, pokud tedy vůbec nějaké. Bohužel pro svou iracionalitu bývají předsudky stabilní a velmi těžko ovlivnitelné (Vágnerová, 2004).

Součástí předsudků jsou právě stereotypy, což jsou zafixované a zkreslené názory zaměřené na určité objekty (v našem případě na skupinu osob s duševním onemocněním) či jevy. Stereotypy se dle Vágnerové (2004) dělí dle jejich zaměření na heterostereotypy a autostereotypy. Heterostereotyp je zaměřený na příslušníky skupin, ke kterým jedinec sám nepatří. Oproti tomu autostereotyp je zaměřen na hodnocení příslušníků vlastní skupiny (rodiny, kolegů v zaměstnání apod.).

Jednou z velkých obav, které jedinci s duševním onemocněním mohou mít, je strach či obava z toho, že v případě přijetí své diagnózy budou omezeni na své svobodě, případně že budou nuceni užívat psychofarmaka. Toto vše vede ke strachu ze stigmatizace jak dotčeného jedince, tak například i jeho rodiny.

2.3.2. Dopady sebestigmatizace

Sebestigmatizace představuje samotný dopad internalizace stigma na daného člověka. Podle Ociskové a Praška (2015) se jedná o proces, v jehož rámci jedinec přichází o své charakteristické osobnostní rysy, které mu dříve „patřily“ a byly připisovány a na povrch se dostávají rysy stereotypní, jež jsou díky vlivu okolního prostředí připisovány právě

stigmatizovaným osobám. Tyto stereotypní rysy, jež vycházejí z toho, co je od duševně nemocného obecně očekáváno. Dochází tak ke kompletní změně sebepojetí jedince.

„Lidé, kteří aplikují stereotypy o duševní nemoci na sebe, trpí rozsáhlými důsledky, kam v první řadě patří snížené sebevědomí, sebeúcta a sebedůvěra“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 40).

Dalším dopadem, který sebestigmatizace prokazatelně má, je například snížení kvality života v důsledku právě výše zmiňovaných změn v životě (ztráta sebevědomí, sebeúcty, sebedůvěry). Jedinci trpící sebestigmatizací mají často problém s nalézáním pozitivních podnětů. Převažují u nich negativní emoce a nechuť k jakékoli spolupráci.

Velice nepříjemným důsledkem, který stigmatizace duševně nemocných jedinců může mít, je i prohloubení a upevnění jedince v jeho psychickém onemocnění, které je doprovázeno zvýšenou sebekritikou, studem a vyhýbání se všem typům sociálních kontaktů (Ocisková, Praško, 2015, s. 39). K sociální izolaci duševně nemocných jedinců dochází ve chvíli, kdy u nich dojde k zvnitřnění stigmatu.

Ocisková (2016) uvádí, že proces internalizace stigmatu probíhá ve čtyřech krocích. Jedná se o (1) uvědomění si stereotypů, (2) přijetí stereotypů a souhlas s nimi, následuje (3) aplikování stereotypů na sebe samého a jako poslední jde o (4) snížení sebehodnocení a celkově naděje.

Problematickou oblastí může být v rámci sebestigmatizace i přijetí vlastní diagnózy. Pokud jedinec svou diagnózu přijme a ztotožní se s ní, je nucen přemýšlet dále o svém životě naprosto jinak. Tedy jednak o životě současném, ale i budoucím. Což však stále neznamena, že se dostane k pomoci, kterou by potřeboval, jak bychom si možná v ideálním případě představovali. Klienti s duševním onemocněním mají často tendence vyčkávat, zda problém neodezní sám (Praško, 2001). Někteří jedinci mají z „nálepky“ takový strach, že i v případě, kdy se dostanou k odborníkovi, nejsou schopni o svých potížích otevřeně mluvit a snaží se je bagatelizovat či v sobě potlačit (Praško, 2001).

Existují však obecné strategie práce se sebestigmatizací. Dle Ociskové a Praška (2015) se jedná o psychoedukaci a specifické strategie zaměřené na jednotlivé oblasti stigmatizačního procesu. Více je však ve své knize přibližuje Ocisková (2016).

- Psychoedukace

Psychoedukace je prováděna na různá témata související s konkrétní poruchou, jejími příčinami, možnostmi léčby, témata zaměřená na odstraňování negativních mýtů o léčbě či edukace o vhodném chování, ať už k sobě samému, či k blízkým.

- Specifické strategie zaměřené na jednotlivé oblasti stigmatizačního procesu

Tyto strategie se zaměřují na různé činnosti, při nichž potřebuje klient pomoci. Jedná se o zvládání stigmatizace ze strany veřejnosti či rodiny, zvládání vnímání problému stigmatizace, zmírnění sebestigmatizace a práce s ní či nácvik různých komunikačních strategií vhodných pro osobní i profesní život.

Vzhledem k tomu, jaké dopady může mít stigmatizace na jedince a jeho celkovou integritu, je důležité zmínit, že omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně si jako jeden ze svých specifických cílů klade právě výše zmiňovaná Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 2013). V případě, kdy dojde k omezení stigmatizace a vyčleňování ze společnosti těchto osob, dojde ke zlepšení kvality života duševně nemocných a také k rozšíření možností jejich uplatnění ve společnosti (MZ, 2013).

2.4. Měření stigmatizace

Měření stigmatizace osob s duševním onemocněním se nejčastěji provádí pomocí kvantitativních šetření, k čemuž se využívá řada nástrojů. Ty měří různé druhy stigmatizace, nebo alespoň její aspekty. Nejčastěji je u nás, ale i ve světě prováděno šetření zaměřené na zjišťování úrovně veřejného stigmatu, které je následováno šetřeními zaměřenými na self-stigma. Vůbec nejčastěji se měří postoje či znalosti spojené s oblastí duševních onemocnění a duševního zdraví. Důležité je také zmínit existenci škál, které jsou vytvořeny speciálně pro určité skupiny osob (např. pro lékaře, sociální pracovníky, zdravotní sestry atd.) (Janoušková, et al., 2016). Při zjišťování míry stigmatizace lze však použít také kvalitativní metody, jako jsou rozhovory či pozorování. Nyní se však zaměříme na metody kvantitativní.

2.4.1. Stigmatizace u veřejnosti

Veřejné stigma nám říká, jaká je úroveň stigmatizace jedinců s duševním onemocněním v celé společnosti či v jejích částech.

Podrobněji se otázkou měření stigmatizace u veřejnosti v České republice zabývala například Janoušková, et al. (2016) v rámci šetření, které probíhalo pod záštitou Národního

ústavu duševního zdraví. Janoušková, et al. (2016) v této studii srovnává například postoje lékařů s postoji obecné populace, dále se také zaměřuje na srovnání postojů české populace s populací Anglie či Katalánska. V neposlední řadě se v rámci této studie zmiňuje i o stigmatizujících postojích studentů či zdravotních sester.

Janoušková et al. (2016) přináší celkem čtyři různé oblasti, ve kterých můžeme měřit stigmatizaci duševně nemocných ze strany veřejnosti. Jedná se o (1) postoje vůči lidem s duševním onemocněním, (2) jednání vůči lidem s duševním onemocněním, (3) znalosti spojené s duševním onemocněním a (4) kontakt s lidmi s duševním onemocněním.

Postoje vůči lidem s duševním onemocněním

Při zkoumání postojů veřejnosti vůči lidem s duševním onemocněním se od počátku 80. let minulého století využívá škála s názvem Community Attitudes towards Mentally III, zkráceně CAMI (dále jen CAMI). Tato škála byla vytvořena za účelem měření stigmatu v obecné populaci a sestávala ze dvou již dříve existujících škál. Aktuálně je škála CAMI využívána například na měření stigmatu nejen u široké veřejnosti, ale i u zdravotních sester či mediků a obsahuje celkem 40 položek (Janoušková, et al., 2016).

Další používanou škálou na zkoumání postojů je Mental Illness: Clinicians' Attitudes, zkráceně MICA (dále jen MICA). Tato škála existuje od roku 2013 ve dvou verzích, přičemž první verze, jež vznikla v roce 2010, se zaměřuje na studenty medicíny a druhá verze z roku 2013 se zaměřuje přímo na osoby pracující s lidmi s duševními onemocněními. Škála MICA obsahuje 16 položek (Janoušková, et al., 2016).

Jednání vůči lidem s duševním onemocněním

Dalším z nástrojů používaných ke zjišťování míry stigmatizace a zde především diskriminace osob s duševním onemocněním je škála zvaná Reported and Intended Behaviour Scale (dále jen RIBS). Tato poměrně dobře známá škála se zaměřuje na čtyři oblasti běžného života, v nichž se lze setkat a jednat s lidmi s duševním onemocněním. Jedná se o sousedství, zaměstnání, přátelství a společné bydlení. „*V současné době se škála používá při zjišťování úrovně diskriminace osob s duševním onemocněním, ale zejména pak při měření míry efektu různých intervencí, které mají snížit stigma a diskriminaci u této skupiny obyvatelstva*“ (Janoušková, et al., 2016, s. 8).

Znalosti spojené s duševním onemocněním

Thornicroft (2006) zmiňuje, že nízké znalosti podněcují stigma. Na tomto principu staví právě škála Mental Health Knowledge Schedule, zkráceně MAKS (dále jen MAKS), která pracuje se znalostmi veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševních onemocnění (Janoušková, et al., 2016).

Kontakt s lidmi s duševním onemocněním

Autoři výzkumné zprávy Národního ústavu duševního zdraví s názvem Stigmatizace v České republice (Janoušková, et al., 2016) zmiňují, že jedním z ovlivňujících faktorů našeho stigmatu vůči osobám s duševním onemocněním může být prostý fakt, zda jsme se s takovou osobou někdy setkali. Již v roce 1999 byla vytvořena škála Level of Contact Report (dále jen LOC). Tato škála obsahující celkem 12 výroků je schopna určit obeznámenost jedince s mírou jeho kontaktu s osobami s duševním onemocněním.

2.4.2. Sebestigmatizace

Sebestigmatizace nebo také self-stigma je u nás nejčastěji měřena na škále Internalized Stigma of Mental Illness Scale (dále jen ISMI), která pochází z roku 2003 (Praško, et al., 2014). Tato škála, kterou publikovala Ritsherová, obsahuje celkem 29 položek, jež lze rozdělit celkem do pěti skupin. Jedná se o: „*odcizení, souhlas se stereotypy, vnímanou diskriminaci, stažení se ze společnosti a odolnost vůči stigmatu*“ (Janoušková, et al., 2016, s. 9). Na tuto původní verzi navázala v roce 2014 verze zkrácená, která obsahuje pouze deset položek.

Aktuálně se ISMI škála využívá například pro měření sebestigmatizace u schizofrenie, přičemž vzhledem k jejímu přeložení do 42 světových jazyků se dají výsledky porovnávat i v rámci celého světa, nejen jedné určité země.

Další škály, pomocí nichž lze měřit míru internalizovaného stigmatu, jsou dle Praška, et al. (2014):

- **SSMIS** (The Self Stigma of Mental Illness Scale): tato škála, kterou vytvořil Corrigan et al., „*měří míru vnímané stigmatizace ze strany okolí a sebestigmatizace*“ (Praško, et al., 2014, s. 302–303).
- **SSS-S** (Self Stigma Scale, short version): tato škála obsahující celkem devět položek je určena pro osoby z minoritních etnik, které trpí nějakou formou duševního onemocnění.
- **DSSS** (The Depression Self Stigma Scale): jedná se o škálu obsahující celkem 32 položek pro měření sebestigmatizace. Tato škála slouží osobám trpícím depresí.

- **SSDS** (Self Stigma of Depression Scale): v tomto případě se jedná o šestnácti-položkovou škálu, která je rovněž určena pro osoby trpící depresí.
- **Self Stigma Scale**: tato poslední (dle Praška, et al., 2014) dostupná škála měří míru sebestigmatizace pomocí pětipoložkové škály u dospívajících osob.

2.4.3 Výzkumy stigmatizace v zahraničí

V České republice nejsou oficiální výzkumy na téma stigmatizace lidí s duševním onemocněním příliš rozšířené. V zahraničí se výzkumů na toto téma uskutečnilo více, a to například:

- **Austrálie**

Australský výzkum z roku 1999 srovnával postoje tamní veřejnosti k lidem s duševním onemocněním s postoji lékařů, konkrétně praktických lékařů, psychiatrů a psychologů. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 4485 respondentů napříč jednotlivými kategoriemi, konkrétně 2031 respondentů z řad veřejnosti a 2454 lékařů (Jorm et al., 1999).

Z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo, že lékaři mají k lidem s duševním onemocněním negativnější postoje nežli australská veřejnost. Tento fakt vysvětlujeme tím, že odborníci mohou mít na tuto cílovou skupinu negativní, místy až zkreslený názor vzhledem k jejich odborným znalostem o problematice duševních onemocnění a možnostech jejich léčby.

- **Německo**

V roce 2002 byl v Německu realizován výzkum, který měl za úkol zmapovat souvislosti mezi informovaností/neinformovaností veřejnosti o duševních onemocněních a následné tendenci ke stigmatizaci této skupiny obyvatel. Výzkumu se zúčastnilo celkem 5025 respondentů z celého Německa, přičemž s respondenty byly nejdříve vedeny rozhovory a následně respondenti vyplňovali dotazník zaměřený na znalosti o duševně nemocných a duševních chorobách, na bezpečnost v okolí těchto osob a při jejich jednání a problematiku sociálního distancování.

Výsledky tohoto výzkumu prokázaly, že lidé se znalostmi o duševním onemocnění nemají tendenci tuto cílovou skupinu stigmatizovat tolik jako lidé, kteří tyto znalosti nemají. Zároveň se zde prokazatelně potvrdil fakt, že blízký sociální kontakt s člověkem s duševním onemocněním snižuje míru sociální distance vůči lidem s tímto typem onemocnění (Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2002).

- **Chorvatsko**

Zajímavý výzkum, který zrealizoval Begić et al. (2005), se uskutečnil v Záhřebu. V rámci tohoto výzkumu se pracovalo s jiným výzkumným souborem nežli v předchozích dvou.

Výzkumný soubor se skládal z 356 žáků, studentů a dospělých cizinců, přičemž hlavním cílem zmiňovaného výzkumu bylo identifikovat názory, postoje a případné stereotypy těchto osob ve vztahu k lidem s duševním onemocněním.

Výsledky výzkumu ukázaly, že s rostoucím povědomím o duševních nemocech roste i míra přijímání duševně nemocných jakožto běžné součásti společnosti.

3. Destigmatizace duševně nemocných osob a destigmatizační úsilí na území České republiky

Destigmatizace je proces, v jehož rámci dochází ke zmírňování či odstraňování stigma vůči jedinci, skupině osob. Jedná se tedy o protiklad stigmatizace (Janoušková et al., 2016). Destigmatizační proces směřuje k vytváření podmínek pro celkové zvýšení a zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním. Destigmatizační aktivity by tak měly primárně vycházet z potřeb této skupiny obyvatel, a to především z toho důvodu, že optikou osob s duševním onemocněním mohou být věci běžné potřeby, jako jsou například starost o domácnost, jednání na úřadech či chůze do práce, těžko zvládnutelné. Snižování stigma osob s duševním onemocněním by měl být jedním z předních úkolů každé země, a to jak na úrovni vládní, tak i nevládní (WHO, 2013, in Janoušková et al., 2016). Důležitost osvěty a práce na snižování stigma vůči duševně nemocným osobám se na našem území poprvé ve velké míře projevila v roce 2004, kdy se uskutečnil výzkum veřejného mínění na téma postojů vůči lidem se schizofrenií (DEMA, 2004 in Janoušková et al., 2016). Výsledky ukázaly, že nadpoloviční většina všech dotázaných (57 %) nemá dostačující množství a kvalitu informací o schizofrenii a 36 % dotázaných se domnívá, že s touto nemocí nelze „normálně“ žít a pracovat. Dále výsledky studie ukazují, že 55 % respondentů nikdy nebylo v kontaktu s osobou se schizofrenií, přičemž 43 % našich spoluobčanů se v roce 2004 domnívalo, že lidé trpící schizofrenií jsou nebezpeční pro své okolí, a 21 % všech dotázaných je toho názoru, že by tito lidé měli žít v léčebnách (Janoušková et al., 2016, s. 33).

Další velký výzkum, který srovnával postoje občanů České republiky, Katalánska a Velké Británie k lidem s duševním onemocněním, se u nás uskutečnil v roce 2014 (v Katalánsku to bylo o rok dříve a ve Velké Británii o tři roky dříve). Tyto výzkumy byly realizovány prostřednictvím osobních rozhovorů, jež byly provedeny s reprezentativním vzorkem občanů jednotlivých populací. Český vzorek populace zahrnoval 1 810 respondentů, anglický vzorek 1 741 respondentů a katalánský 1 872 respondentů. V rámci těchto výzkumů v jednotlivých zemích odpovídali respondenti na 26 otázek v dotazníku, přičemž největší rozdíly se projevily u čtyř výroků týkajících se míry obav či strachu z osob s duševním onemocněním (Janoušková et al., 2016). Výsledky tohoto výzkumu ukázaly významné rozdíly mezi výše zmiňovanými populacemi. Česká populace se dle tohoto výzkumu vyznačuje výraznými předsudky o nebezpečnosti a násilnosti lidí s duševním onemocněním oproti dalším dvěma zemím, což dokazují výsledky u výroku, že *lidé s duševním onemocněním jsou mnohem méně nebezpeční, než si většina lidí myslí*. Souhlasí s ním v České

republice zhruba o 35 % méně dotázaných respondentů nežli v ostatních dvou zemích. Podobně markantní rozdíly se objevily u vyhodnocení výroku – *obyvatelé se nemusí bát lidí, kteří přicházejí do jejich čtvrti využívat služby péče o duševní zdraví*. S tímto výrokem souhlasilo pouze 38,5 % Čechů. Oproti tomu v Anglii se jednalo o 64,2 % dotázaných a v Katalánsku šlo dokonce o 67,6 % respondentů výzkumu (Janoušková et al., 2016).

Dle Ociskové a Praška (2015, s. 257–258) lze stigma u psychicky nemocných jedinců snižovat celkem třemi způsoby, a to vzděláváním, protestem, kontaktem.

- **Edukace** je první z možných přístupů, jak snižovat stigma u osob s poruchami. Tento přístup vychází z premisy, že *„stigmatizující postoje jsou spojené s nedostatečnou znalostí faktů o duševní nemoci“*. Tato premisa je dlouhodobě velmi rozšířena, jak dokládá například Thornicroft (2006) či Ocisková a Praško (2015). Je nutné brát v potaz fakt, že edukace a šíření osvěty o problematice duševních onemocnění je jistě velice důležitým nástrojem pro boj proti stigmatu, avšak pokud edukace neprobíhá průběžně, případná změna postojů, která díky nim může nastat, obvykle nemívá dlouhodobý charakter (Corrigan, O'Shaugnessy, 2007 in Ocisková, Praško, 2015). Pokud má mít edukace ohledně této problematiky větší efekt, je nutné vytvářet spíše dlouhodobější destigmatizační programy. Mimo edukaci široké veřejnosti, na kterou se většina destigmatizačních aktivit a programů zaměřuje, bychom neměli zapomínat také na samotného pacienta a jeho nejbližší okolí, tedy většinou rodinu, s níž je vhodné také pracovat například v rámci rodinné terapie.
- **Protest** je dle autorů další z možných postupů, kterým lze docílit snižování míry stigmatizace. Tento přístup se dle dohledaných zdrojů nedá v dalších publikacích příliš nalézt, tudíž jsme nuceni ho popsat tak, jak ho zde prezentují autoři – bez velkých podrobností. *„Je založen na předpokladu, že lidé, kteří otevřeně stigmatizují pacienty s psychickými poruchami, to dělají způsobem podobným reklamě“* (Ocisková, Praško, 2015, s. 258). Je proto vhodné kombinovat ho spolu s edukací pro prohloubení výsledného efektu.
- **Kontakt** je třetím a posledním možným přístupem pro boj proti stigmatu. Tento přístup je vystavěn na myšlence, že již samotné zprostředkování kontaktu mezi širokou laickou i odbornou veřejností s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním může vést ke změně našich zažitých stereotypů a našich postojů. Tento přístup vede také k dalším důležitým změnám, jako jsou například snížení strachu veřejnosti z pacientů/klientů s duševním onemocněním či zvýšení empatie a soucitu vůči těmto

osobám. Právě tento přístup (někdy sám o sobě a někdy v kombinaci s přístupy jinými) se dle dostupných studií, jako jsou například program Stop Exclusion (WHO, 2002) či studie Falangy s kolektivem z roku 2011, ukázal jako vůbec nejúčinnější při zamezování šíření stigmatu osob s duševním onemocněním.

Zvláštním přístupem, v jehož rámci lze pracovat se stigmatizací osob s duševním onemocněním, jsou svépomocné skupiny. Tento přístup je více než předchozí vyjmenované zaměřen na samotné klienty trpící psychickou poruchou. Definici a účel svépomocných skupin zmiňuje například Yalom (2007), který staví hlavní výhody svépomocných skupin na tom, že vzhledem k jejich složení mají významný terapeutický potenciál, vedoucí k vyrovnání se se svou nemocí (nebo alespoň k lepšímu náhledu na ni), případným stigmatem, jemuž jsou klienti často ve společnosti, ale i v rodinách vystavováni, a zároveň také fakt, že jsou schopni fungovat povětšinou sami, bez terapeuta. Cílem svépomocné skupiny je, aby si její členové pomohli sami navzájem. Sdílení svých zkušeností, pocitů, že na všechno a ve všem nejsou sami, vede k lepšímu sebepoznání a uchopení svého onemocnění, což má nepochybně dobrý vliv na budoucí život člověka s duševním onemocněním.

3.1 Počátky destigmatizačních aktivit a destigmatizace ve světě

Název této kapitoly sice mluví o problematice destigmatizace pouze na území našeho státu, avšak vzhledem k poměrně velké míře návaznosti aktivit v zahraničí na aktivity v České republice je vhodné krátce se zmínit i o počátcích destigmatizace a destigmatizačních aktivit ve světě.

Za prvopočátek práce s problematikou destigmatizace duševně nemocných jedinců prostřednictvím destigmatizačních aktivit lze považovat dle Pěče et al., (2014) mezinárodní projekt *Open The doors*, který byl realizován Světovou psychiatrickou organizací (World Psychiatric Association – WPA) v roce 1996. Projekt se zaměřil na boj proti předsudkům, diskriminaci a stigmatizaci vůči lidem se schizofrenií, zvyšování povědomí veřejnosti o diagnóze schizofrenie či na tvorbě pozitivního veřejného obrazu o osobách se schizofrenií. Do tohoto projektu se zapojilo celkem 20 zemí z celého světa, mezi nimi i Česká republika, která participovala na tomto projektu v rámci nadace *Academia Medica Pragensis* a projektu Změna. Tento projekt byl první, který se otevřeně zajímal o problematiku destigmatizace duševně nemocných jedinců (Open The Doors, 2020). Pěč et al., (2014) prosazoval domněnku, že v případě, kdy se podaří odstranit stigma vůči osobám trpícím schizofrenií, dojde automaticky k destigmatizaci i ostatních duševních onemocnění.

Důležitou institucí, která se v rámci své agendy věnuje destigmatizaci a destigmatizačním aktivitám, je Evropská unie a její orgány. V rámci Evropské unie byly přijaty například tyto dokumenty podporující dlouhodobé snižování stigmatu vůči osobám s duševním onemocněním:

- Athénská deklarace (2001)
- Evropská deklarace psychického zdraví (2005)
- Akční plán pro Evropu (2005)
- Zelená kniha (2005)
- Evropský akční plán pro duševní zdraví 2013–2020

Je zřejmé, že v každé zemi probíhal rozvoj destigmatizačních aktivit rozdílně. To bylo, je a bude dáno politickou, společenskou i zdravotní situací v jednotlivých zemích.

3.2 Destigmatizační aktivity v České republice

V České republice probíhalo a v současné době probíhá poměrně velké množství různých aktivit podporujících alespoň částečně destigmatizaci osob s duševním onemocněním. Vzhledem k tomu, že stigma představuje poměrně podstatnou překážku v léčbě pro většinu klientů s duševním onemocněním, bylo nutné vymyslet možnost, jak kontinuálně snižovat dopady stigmatu na osoby s duševním onemocněním. Cílem těchto programů je zvýšit kvalitu života těchto osob a jejich rodinných příslušníků. Je to idealistická myšlenka, která by však pro svou vyšší úspěšnost potřebovala všeobecnou podporu, a to jak nevládních, tak i vládních organizací (Ocisková, Praško, 2015). Jako důležitý krok se zde ukazuje systematičnost celého procesu destigmatizace, který rovněž Ocisková s Praškem (2015) popisují tak, že by měl být součástí zdravotní i sociální politiky, a to se zaměřením na jednotlivé skupiny naší populace. Pro veškeré destigmatizační aktivity, ať už se jedná o kampaně, programy či projekty, je důležitým úkolem jakési „*přemostění mezery, která existuje mezi psychiatrií a zbytkem medicíny a společností*“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 260). Mimo to by tyto aktivity měly být co nejvíce srozumitelné pro široké spektrum osob, měly by mít jasně nastavený plán jejich realizace, ale také hodnoticí nástroje, pomocí nichž následně dochází k evaluaci celého projektu, kampaně (Ocisková, Praško, 2015). Zároveň aby mohly být destigmatizační aktivity či intervence úspěšné, je nutné vnímat a respektovat především potřeby samotných duševně nemocných. Pěč a Probstová (2009) ve své publikaci čtenářům nabízí dělení potřeb osob s duševním onemocněním, a to do čtyř kategorií. Jedná se o tyto potřeby:

- Potřeba naučit se zvládat svůj handicap a jeho důsledky;
- Potřeba pomoci při vlastním úsilí o zotavení se (zde se jedná především o vyrovnaní se se zkušenostmi z minulosti, nalezení nových životních cílů a znovunalezení motivace ke změně, ale především zde jde o znovunalezení (případně nalezení) zdravého sebevědomí a sebedůvěry;
- Potřeba podpory při navazování, prohlubování a udržování sociálních vztahů, podpora integrace do komunity;
- Podpora v oblasti nalezení a udržení si práce, případně volba vhodného vzdělávacího programu a instituce v případě mladého člověka.

V případě boje proti stigmatizaci duševně nemocných jedinců nejde tedy pouze o zmírňování stigmatu vůči samotným duševně nemocným ze strany veřejnosti, ale zároveň o otázku stigmatizace celého oboru psychiatrie.

3.2.1 Organizace

V České republice v současné době funguje mnoho organizací, převážně z neziskového sektoru, které se v rámci své agendy různorodými způsoby zabývají problematikou stigmatizace. Jde především o organizace, jež pracují s osobami s duševním onemocněním. Jedná se například o organizace jako je Fokus z.ú., Bona o.p.s., Green Doors z.ú. či Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Všechny tyto organizace spojuje společný cíl, a to pomoci začlenit osoby s jakoukoli formou duševního onemocnění zpět do běžného života a poukázat na to, že tyto osoby mají stejná práva a jsou schopny ve značné míře zvládat to, co běžná populace.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Jednou z nejznámějších organizací, která se zabývá bojem proti stigmatizaci jedinců s duševním onemocněním, je bezpochyby Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Tato nevládní nezisková organizace, která v České republice působí již 25 let, tedy od roku 1995, sídlí v Praze. Jejím posláním je iniciovat a následně i realizovat změny, které v konečném důsledku vedou k přesunu těžiště péče o osoby s duševním onemocněním z institucionálních zařízení do komunity (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017). Vzhledem k jejich spolupráci se zahraničními partnery v Holandsku, Švédsku či USA je tato organizace jednou z těch, která se v České republice snaží o rozvoj nových iniciativ a služeb a věnuje se budování nové a moderní formy péče o duševně nemocné. V současné době Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví realizuje několik projektů. Jedná se o tyto:

- Podpora rodinných příslušníků duševně nemocných pacientů psychiatrických lůžkových zařízení (2019–2021)

Tento projekt se zabývá podporou rodinných příslušníků a dalších blízkých lidí pacientů, kteří mají zkušenost s hospitalizací v psychiatrickém lůžkovém zařízení. Podpora těchto lidí se odehrává: „(1) zavedením role peer rodinného příslušníka na oddělení psychiatrických nemocnic, (2) vytvořením Manuálu pro zapojování peer rodinných příslušníků do lůžkových psychiatrických zařízení, (3) individuální podpory a tematických a vikendových setkání a vytvořením Průvodce hospitalizací a léčbou pro rodinné příslušníky a blízké pacientů s duševním onemocněním“ (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020a).

- Podpora neformálních pečovatelů duševně nemocných (2017–2020)

V rámci tohoto projektu, který bude k 31. 8. 2020 ukončen, proběhl například vzdělávací program pro rodinné příslušníky duševně nemocných, budování pozice peer pečovatele a jeho následné zavádění do služby či zřízení internetového poradenství a podpory pro oblast duševního zdraví.

- Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví (2020–2022)

Hlavním cílem projektu, který spadá pod projekt Podpora duše II. je celkové zvýšení kvality a všeobecný rozvoj služeb pro osoby s duševním onemocněním. Tento projekt se specializuje na oblast Moravskoslezského kraje, kde má dopomoci začlenit osoby s duševním onemocněním do společnosti. Dílčím cílem je zapojení 22 nových peer konzultantů do systému péče o osoby s duševním onemocněním (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020b).

FOKUS z.ú.

Fokus, který je dnes jednoznačně největší neziskovou organizací na území našeho státu, vznikl již v roce 1990 a aktuálně má svou pobočku v mnoha městech v České republice. Úkolem a posláním FOKUSU je pomáhat, vzdělávat a podnikat. Všechny tyto aktivity nabízí všem lidem s duševním onemocněním. Fokus byl i díky své spolupráci se zahraničními partnery podobně jako Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví jednou z prvních organizací, která začala v péči o duševně nemocné osoby využívat komplexní komunitní péči.

Fokus v rámci podpory boje proti stigmatizaci osob duševně nemocných zaštiťuje každoročně tzv. Týdny pro duševní zdraví či projekt Blázníš? No a!, který bude diskutován v dalším textu.

BONA o.p.s.

Bona o.p.s. byla založena v roce 1999 s primárním cílem poskytovat svým klientům psychorehabilitační služby.

Bona stejně jako Fokus či jiné organizace pracující s lidmi s duševním onemocněním má pestrou nabídku služeb. Mezi ně patří mimo standardně nabízené všeobecné i odborné poradenství, terénní tým i služby týkající se zajištění bydlení (Bona disponuje celkem třemi chráněnými bydleními v různých lokalitách v Praze a k tomu navíc několika tréninkovými byty) či zaměstnání (v rámci chráněných pracovišť). Bona sídlí v pražských Bohnicích každý rok hostí festival Mezi ploty.

Česká asociace pro psychické zdraví

Česká asociace pro psychické zdraví je občanským sdružením, které má na našem území podobně jako Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví takřka pětadvacetiletou tradici. Toto sdružení je výjimečné tím, že jako první sdružení založené po vzniku samostatné České republiky začalo sdružovat jak klienty trpící duševním onemocněním, tak jejich rodinné příslušníky, ale k tomu i (nad rámec ostatních organizací) i poskytovatele péče či veřejnost se zájmem o psychické zdraví.

Česká asociace pro psychické zdraví realizuje i různé projekty. Jedná se o:

- Linku psychopomoci;
- Právní poradnu;
- Kampaň Měsíc bláznovství;
- Měsíčník ESPRIT.

Národní ústav duševního zdraví

Národní ústav duševního zdraví (dále jen NUDZ) má velmi bohatou historii, avšak pod tímto názvem bychom ho do roku 2015 nenašli. NUDZ vznikl v roce 2015, a to transformací z Psychiatrického centra Praha (dále jen PAP), které fungovalo od roku 1961 v Praze Bohnicích. Aktuální sídlo této organizace je v Klecanech. Důvodem transformace PAP byla potřeba vzniku moderního referenčního pracoviště pro oblast duševního zdraví v České republice, přičemž NUDZ se aktuálně zaměřuje především na výzkum. Jeho součástí jsou však také lůžková oddělení, denní stacionář či specializované poradny a ambulance (NUDZ, 2015).

NUDZ realizuje i projekty podporující destigmatizaci osob s duševním onemocněním. Jedním z nich je projekt Podpora zaměstnatelnosti lidí s duševním onemocněním metodou Place and Train, který probíhá od roku 2017 a jehož cílem je zvýšit uplatnitelnost lidí s duševním onemocněním ve společnosti a na trhu práce v ČR. Další z velkých projektů je projekt s názvem Destigmatizace lidí s duševním onemocněním, o kterém bude řeč v následující podkapitole.

3.2.2 Mezinárodní organizace

Vzhledem k obsáhlosti a komplexnosti boje proti stigmatu duševně nemocných zmíníme i některé mezinárodní organizace, které se touto problematikou zabývají.

Mental Health Europe

Mental Health Europe je nevládní organizace sídlící v Bruselu, jejímž posláním je podpora a prevence v oblasti duševního zdraví, dále práce na zlepšování podmínek při péči o pacienty s duševním onemocněním či ochrana práv těchto osob a jejich rodinných příslušníků (Mental Health Europe, 2019a). Tato organizace poměrně úzce spolupracuje s mnoha významnými evropskými orgány a mezinárodními institucemi, jako jsou například OSN, Rada Evropy, Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), Mezinárodní organizace práce, Evropská komise, Evropský parlament a další. Členem této organizace je například výše zmiňovaná Česká asociace pro psychické zdraví.

- European Mental Health Week

Mental Health Europe realizuje různé projekty. Mezi nejznámější patří obdoba českého Týdne pro duševní zdraví s názvem European Mental Health Week, který se tento rok konal v online prostředí 4.–10. 5. 2020. V rámci tohoto projektu jde stejně jako v jeho české podobě o šíření osvěty o duševním zdraví, o podporu destigmatizace duševně nemocných, propojování světů

a prohlubování znalostí o problematice duševního zdraví a tím i zamezení případné diskriminace této skupiny osob (Mental Health Europe, 2019b).

- Mapping Exclusion

Mapování a porozumění vyloučení je dalším z projektu Mental Health Europe. Jedná se o projekt zabývající se mapováním stavu jednotlivých služeb péče o duševní zdraví. Projekt se zaměřuje jak na ústavní, tak i na komunitní sociální služby (Mental Health Europe, 2019c).

- Each of us

Each of us je kampaní zaměřenou na boj proti stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných osob v Evropě. Hlavním cílem této kampaně je všeobecné zvýšení povědomí lidí o problematice duševních onemocnění (Mental Health Europe, 2019d).

- Tried and trusted

Cílem tohoto projektu, který se zaměřuje na zaměstnávání mladých duševně nemocných osob, je ukázat, že i tito lidé jsou s potřebnou podporou schopni najít si a následně také si udržet zaměstnání. Dílčím cílem je zabezpečit lidem s duševním onemocněním kvalitní zaměstnání, na které mají právo (Mental Health Europe, 2019e).

GAMIAN

Gamian je organizace, která vznikla v roce 1997 se sídlem v Bruselu. Tato organizace se zaměřuje na problematiku obhajování práv osob s duševním onemocněním, konkrétně na oblasti stigmatizace a diskriminace těchto osob. Tato organizace sdružuje mnoho evropských organizací takřka ze všech zemí Evropské unie. V rámci svých aktivit se snaží o edukaci a spolupráci zainteresovaných subjektů, a to jak svých členů, tak i široké veřejnosti formou různých projektů. Dílčí cíle všech aktivit Gamianu jsou snižování stigmatu, práce s předsudky vůči osobám s duševním onemocněním, zvýšení informovanosti populace o této problematice atd. (Gamian, 2020).

3.2.3 Projekty

Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR

Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v ČR je projekt Národního ústavu duševního zdraví, jenž je realizován od roku 2017 a poběží po následující dva roky. Tento projekt, který je spolufinancován z Evropského sociálního fondu, konkrétně z jeho Operačního programu Zaměstnanost, usiluje stejně jako většina dalších projektů o snížení míry stigmatizace jedinců s duševním onemocněním a zároveň se snaží pracovat na zlepšení možností udržení

duševního zdraví u populace. Projekt si hned od začátku klade ambiciózní cíle v rámci svých aktivit. Jedná se o vytvoření metodiky destigmatizace, tvorbu opatření, následnou podporu klientů a jejich rodinných příslušníků při zapojování do procesu destigmatizace, nakonec také podporu destigmatizace v jednotlivých regionech v České republice (NUDZ, 2017).

Blázníš? No a!

Blázníš? No a! je preventivní program z dílny pražského Fokusu, který vznikl již v roce 2005. Jeho hlavním cílem je přiblížit mladým lidem ve věku od patnácti let problematiku duševních onemocnění a během jednoho školního dne, v jehož rámci je pro ně připraven program, jim vštípit základy péče o duševní zdraví a především zdravé vnímání osob s duševním onemocněním jakožto součásti běžné populace, které má stejná práva na plnohodnotný život jako všichni ostatní. Respekt, empatie či překonávání vlastních obav a zažitých stereotypů. To je hlavním smyslem tohoto programu.

Nevypust' duši

V poslední době velice často zmiňovaný projekt s velkým dosahem, a to především díky sociálním sítím. To je projekt Nevypust' duši, který vznikl v roce 2015. Jeho cílem je šířit osvětu v rámci boje proti stigmatizaci duševně nemocných, a to již u dětí ve školním věku. Tento projekt se zaměřuje na programy pro školy, učitele i firmy, kterým nabízí své služby (Nevypust' duši, 2020).

Týdny pro duševní zdraví

Projekt s více než třicetiletou tradicí s názvem Týdny pro duševní zdraví probíhá již od roku 1990, a to vždy zhruba od poloviny září do poloviny října. V rámci tohoto úspěšného projektu, který pochází z dílny organizace Fokus, se konají v rámci celé České republiky různé kulturní akce pro širokou veřejnost. Dle dostupných informací je primárním cílem týdnů pro duševní zdraví informovat širokou veřejnost o problematice duševně nemocných, dále o psychohygieně a prevenci duševních onemocnění (Týdny pro duševní zdraví, 2020).

Změna

Projekt Změna pocházející z organizace Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví vznikl v roce 2004 a do povědomí lidí se patrně nejvíce dostal svou destigmatizační kampaní z roku 2005, která se objevila v pražské hromadné dopravě (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017). Šlo přitom o jednu z prvních velkých destigmatizačních kampaní, které se v České republice objevily. V rámci této kampaně se v prostorách pražské hromadné dopravy,

tedy na tramvajových a autobusových zastávkách či ve stanicích metra objevily obrazy s příběhy duševně nemocných lidí. Projekt Změna taktéž představil v rámci své destigmatizační kampaně webovou stránku zabývající se problematikou destigmatizace.

3.2.4 Projekty realizované subjekty státní správy

V přechozích podkapitolách jsme se věnovali projektům, jejichž autory jsou organizace z neziskového sektoru. Nyní se zaměříme na projekty podporující destigmatizaci, jež jsou realizované prostřednictvím státních subjektů. V České republice jsou dva hlavní orgány státní správy, zabývající se problematikou duševních onemocnění či duševního zdraví. Jedná se o Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Všechny projekty, které jsou těmito subjekty realizovány, jsou podporovány z Operačního programu Zaměstnanost a financovány z Evropského sociálního fondu (dále jen ESF) patřícího pod EU.

MZ aktuálně podporuje projekty, které budují podmínky pro rozvoj komunitních služeb. Jedná se například o projekty: Podpora vzniku center duševního zdraví I, II a III, dále Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné či Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné (MZ, 2020c).

MPSV také zaštiťuje projekty cílené na podporu destigmatizace duševně nemocných osob. Zde se jedná o projekty: Život jako každý jiný a Rozvoj systému sociálních služeb.

3.2.5 Další aktivity na podporu destigmatizace

Zajímavou aktivitou, kterou bychom zde bezesporu neměli opomenout, je festival **Mezi ploty**, který se koná každoročně ve třech městech České republiky, konkrétně v Praze v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice, v areálu Psychiatrické nemocnice Brno – Černovice a v Plzni v Psychiatrické léčebně v Dobřanech, a to již od roku 1991 (Ocisková, Praško, 2015). Tento festival, který se prostřednictvím svého programu (divadelní a hudební vystoupení, výtvarné dílny, výstavy a mnohé další) v netradičním prostředí psychiatrických zařízení snaží široké veřejnosti otevřít dveře do tohoto světa a bořit tak mýty o tom, jací tito lidé doopravdy jsou, nebo nejsou. Za dobu své existence si tento festival získal mnoho příznivců, kteří se na tuto akci každoročně vrací, a to jak z řad široké veřejnosti, tak z řad umělců.

Mnohdy by se mohlo zdát, že lidé s duševním onemocněním nemohou sami nikterak pomoci v boji proti jejich stigmatizaci. Ale opak je pravdou. Například organizace VIDA o.s. nabízí poradenství, které poskytují samy osoby s duševním onemocněním. Dalším z příkladů, jak se dá bojovat proti stigmatizaci duševně nemocných osob, je jejich zapojení například

v různých kavárnách či obchodech. Tento způsob práce se stigmatem je typický pro organizaci Fokus, která disponuje sítí tréninkových kaváren po celé České republice.

NUDZ ve své výzkumné zprávě na téma Stigmatizace v České republice z roku 2016 uvádí, že „*aktivity usilující o destigmatizaci lidí s duševním onemocněním nebyly v ČR dosud systematicky zmapovány a jejich účinky nejsou zřejmé*“ (Janoušková et al., 2016, s. 11). Výzkumná zpráva Stigmatizace v České republice z roku 2016 (Janoušková et al., 2016) přináší přehled těchto aktivit, který byl sestaven na základě předem stanovených kritérií. Do roku 2016 bylo v České republice realizováno celkem 74 destigmatizačních aktivit, z nichž některé svou činnost již ukončily, některé jsou naopak stále realizovány. NUDZ rozdělil jednotlivé aktivity do kategorií dle cílové skupiny:

- Aktivity pro veřejnost;
- Aktivity pro samotné klienty a jejich rodinné příslušníky či blízké přátele;
- Ostatní.

Destigmatizační aktivity pro širokou veřejnost

Destigmatizační aktivity pro širokou veřejnost, které jsou v České republice realizovány známými neziskovými organizacemi, jako jsou Fokus z.ú. či Bona o.p.s, obvykle probíhají formou kulturních akcí, tedy jsou spojeny s nějakým kulturním zážitkem. Typickým příkladem je festival Mezi ploty, který se každoročně koná v pražských Bohnicích v areálu tamní psychiatrické nemocnice, nebo Týdny pro duševní zdraví konající se každý rok v září po celé České republice. Více informací o těchto aktivitách naleznete v podkapitole 3.2.2. Mimo kulturní akce se velice často jedná o různé přednášky či besedy s odborníky na dané téma, ale i klienty, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním. V České republice jsou pro svůj dosah poměrně oblíbené i velké mediální kampaně či šíření osvěty prostřednictvím webových stránek, jako jsou www.stopstigma.cz či www.reformapsychiatrie.cz. Janoušková et al., (2016, s. 32) uvádí, že oblast hodnocení efektivity intervencí zaměřených na širokou veřejnost je již po nějakou dobu ohniskem zájmu mnohých výzkumníků, a to především z rozvinutějších států Evropy, jako jsou Německo či Velká Británie. Zároveň však dodává, že z výsledků provedené meta-rešerše vyplývá, že hodnocení provedených intervencí se potýká s poměrně nízkou kvalitou používaných metod. I přesto však lze definovat dva hlavní obecné závěry, které z meta-rešerše vzešly. Měly by sloužit jako doporučení pro tvorbu destigmatizačních programů. „(1) *Tvorba intervence by měla vycházet ze znalosti specifického kontextu daného prostředí (sociálního, kulturního, politického apod.) a postojů*

a charakteristik dané cílové skupiny. (2) Přínosné je zapojení lidí s duševním onemocněním do tvorby intervence“ (Janoušková et al., 2016, s. 32).

Destigmatizační aktivity pro klienty a jejich rodinné příslušníky

- Destigmatizační aktivity zaměřené na snižování self-stigma u jedinců s duševním onemocněním

V rámci osvěty a podpory destigmatizace je nutné se mimo všechny ostatní cílové skupiny zaměřit se také přímo na jedince s duševním onemocněním. Self-stigma je možné charakterizovat jako „*předsudečné reakce vůči sobě samému*“ (Janoušková et al., 2016, s. 57). Jedincům s problémem self-stigmatu je poskytována podpora a pomoc například v rámci podpůrných skupin či odborného poradenství. Stejně jako v předchozím případě i zde jsou organizovány různé besedy a kulturní akce, avšak vždy s vhodným uzpůsobením pro tuto cílovou skupinu. V tomto konkrétním dokumentu jsou zmiňovány jakožto poskytovatelé těchto aktivit například Sdružení Práh z.s. či E-clinic z.ú.

Díky výsledkům studie koordinované Národním ústavem duševního zdraví, které se zúčastnilo celkem 138 respondentů, bylo prokázáno, že „*self-stigma je ovlivněno rodinným stavem, narůstající dobou od prvního kontaktu s psychiatrickou péčí a zdravotním stavem*“ (Janoušková et al., 2016, s. 59). Prokázalo se, že vyšší míra self-stigmatizace je spojena s dlouhou dobou od počátku projevů onemocnění do stanovení diagnózy. Dále se prokázalo, že nižší míra self-stigmatu se na zkoumaném vzorku projevovala u osob v manželském či jiném svazku než u osob nezadaných (Janoušková et al., 2016). Výsledky této studie však nejde aplikovat obecně na celou populaci duševně nemocných osob v České republice, jelikož vzorek respondentů byl vybírán pouze v rámci klientů komunitních sociálních služeb. V posledních letech bylo dle Janouškové et al., (2016) provedeno několik výzkumů na toto téma. Jednalo se např. o výzkumy Látalové et al., 2013; Ociskové et al., 2013 či Vrbové et al., 2014. Ze zahraničních autorů prováděli výzkum např. Livingston a Boyd v roce 2010. Právě metaanalýza Livingstona a Boydové z roku 2010 prokázala, že: „*vyšší míra sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním nepříznivě ovlivňuje sebedůvěru, pocit naděje, aktivizaci, proces zotavení či kvalitu života. Zároveň tato metaanalýza prokázala, že vyšší míra sebestigmatizace u jedince je v přímo úměrná s nižší mírou dodržování léčby a závažnějšími příznaky nemoci*“ (Livingston a Boyd, 2010 in Janoušková et al., 2016, s. 57).

- Destigmatizační aktivity zaměřené na rodinné a jiné blízké příslušníky osob s duševním onemocněním

Stejně jako je důležité zaměření na práci s klientem samotným v rámci odstranění self-stigmatu, je důležitá práce i s jeho nejbližším okolím. Je pro úspěšnost „léčby“ klíčové, a proto je nutné tyto osoby bránit proti stigmatizaci ze strany okolí. Destigmatizační intervence pro rodiny a blízké osoby klientů realizují například organizace Fokus o.p.s., Horizont, Labyrint či Sympathea. Zajímavým prvkem v rámci intervencí pro tuto cílovou skupinu jsou tzv. peer konzultace, tedy konzultace poskytované člověkem s osobní zkušeností s duševním onemocněním.

I na toto téma byla realizována studie, kterou ve výzkumné zprávě Stigmatizace v České republice představuje NUDZ. Studie se zabývala stigmatizací u rodinných příslušníků osob žijících se schizofrenií. Vzorek, který byl do této studie vybrán, byl vybírán dle atributů, jako jsou věk, délka trvání nemoci či stupeň příbuznosti. Celkově se této studii zúčastnilo 25 osob a výsledky kvalitativní analýzy, která byla provedena, ukázaly několik úrovní stigmatizace rodinných příslušníků. Jednalo se o strukturální stigma a diskriminaci, sociální stigmatizaci, rodinné self-stigma a stigmatizaci vlastními členy rodiny (Janoušková et al., 2016).

Strukturální stigma a diskriminace

V rámci analýzy provedených rozhovorů bylo identifikováno pět oblastí strukturální stigmatizace a diskriminace. Šlo o „nedostatečnou kvalitu péče v oblasti služeb péče o duševní zdraví, finance a sociální zabezpečení, zaměstnání, bydlení a zkušenost s policií“ (Janoušková et al., 2016, s. 63).

Sociální stigmatizace

Příčiny tohoto typu stigmatizace jsou poměrně jasné. Jedná se o nedostatek informací ze strany veřejnosti a mediální obraz. Toto jsou dva hlavní znaky, díky nimž se sociální stigma dle dotázaných respondentů projevuje. Sociální stigmatizace se může projevit kdekoliv – v zaměstnání, v domě, kde člověk bydlí, u lékaře či na úřadě.

Sebestigmatizace rodinných příslušníků

I zde je důležitým faktorem nedostatek informací, který rodinní příslušníci o diagnóze svého příbuzného mají. I přesto výsledky výzkumu prezentovaly potřebu až nutnost rodinných příslušníků se o svého příbuzného postarat. Oproti tomu zde jsou opačné pocity, které celá tato situace u rodinných příslušníků evokuje. Mnoho příbuzných například před sousedy záměrně zatajuje diagnózu svého dítěte/partnera z důvodu obav z možné reakce.

Stigmatizace vlastními členy rodiny

Výsledky studie odhalily některé všeobecné stereotypy, které v naší společnosti jsou. Jedná se o „*strach z lidí s duševní nemocí a představa o jejich nebezpečnosti, dojem podivnosti či nedůvěra v jejich schopnosti*“ (Janoušková et al., 2016, s. 66).

Ostatní typy destigmatizačních aktivit

- Destigmatizační intervence cílené na žáky základních škol

Respekt, úctu, porozumění a empatii je vhodné dětem vštěpovat již od útlého věku. I proto vznikly dle zjištění do října 2016 celkem dva programy zaměřené již na žáky základních škol. Jejich úkolem je hravou a nenásilnou formou seznámit žáky jednak se základními rysy duševních onemocnění a jejich projevy, ale vštípit jim i zásady duševní hygieny. V rámci těchto dvou programů byla například vytvořena i metodika pro pedagogy. Jednalo se o programy *Psychiatrická nemoc očima dětí* (autor: Centrum komunitní práce Ústí nad Labem a Fokus Labe) a *Zippyho kamarádi* (E-clinic).

- Destigmatizační aktivity zaměřené na studenty středních škol

Období puberty a rané adolescence je jedním z klíčových životních mezníků. V tomto období je vhodné mladého člověka učit vnímat věci i z odlišných úhlů, a to i přes mnohdy obtížnou formu komunikace s touto cílovou skupinou. Toto období je typické pro vnímání rozdílů, a to nejen těch na první pohled viditelných, jako je například barva pleti, výška či váha. Mladý člověk je citlivější na všechny vjemy, které se jakýmkoliv způsobem vymykají jeho „normálu“. Proto je v tomto období vhodné pracovat i na utváření, případně přetváření obrazu lidí s duševními onemocněními. Projekty, které byly v tomto období realizovány, jsou například *Mindset* či velice úspěšný projekt *Blázníš? No a!*, který svou činnost nyní přenesl do online prostředí.

V rámci projektu *Mindset* byly na vybraných středních zdravotnických školách uskutečněny celkem tři intervence pro studenty závěrečných ročníků těchto škol, jejichž cílem bylo snížit míru stigmatizace osob s duševním onemocněním. Během této studie byla provedena celkem tři měření postojů studentů pomocí dotazníkového šetření, a to 4 týdny před plánovanou intervencí, bezprostředně po intervenci a nakonec cca 8 týdnů po intervenci. Výzkum se zaměřoval na postoje studentů v oblastech, jako jsou přepisování vlastností lidem s duševním onemocněním, zájem o práci v oblasti péče o duševní zdraví, jednání s lidmi s touto diagnózou či oblast znalostí této problematiky. Výsledky první fáze tohoto výzkumu, které Janoušková et al., (2016) publikuje, ukázaly, že studenti posledních ročníků středních zdravotnických škol ve srovnání s obecnou populací stigmatizují osoby s duševním onemocněním méně. Zajímavým výsledkem této části výzkumu je poměrně malý zájem

studentů o práci v oborech péče o duševní zdraví, kdy více než 50 % dotázaných studentů odpovědělo, že spíše nechce pracovat s duševně nemocnými osobami, ať už v sociálních službách, ambulantní péči, či psychiatrické léčebně (Janoušková et al., 2016, s. 48).

- Destigmatizační aktivity zaměřené na studenty vysokých škol

Pro studenty vysokých škol probíhaly do října roku 2016 celkem dvě destigmatizační intervence. První z nich, zaštiťovaná Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví se zaměřovala na peer lektory, kteří přednášeli na vybraných vysokých školách o tématech, jako jsou stigma a diskriminace, zotavení či samotná problematika peer pracovníků a peer programů. Druhý destigmatizační program je projekt SPOLU pocházející od autorů z České asociace studentů psychologie, který spočíval v tom, že právě studenti psychologie zajišťovali především volnočasové aktivity pro klienty psychiatrických zařízení v Brně a Olomouci.

- Destigmatizační intervence cílící na pracovníky veřejné správy

Vzdělávání pracovníků ve veřejné správě je velice důležité, a to vzhledem k tomu, že tito lidé přichází s lidmi s duševním onemocněním běžně do kontaktu. Ve chvíli, kdy bude pracovník ve veřejné správě alespoň rámcově seznámen se základy jednotlivých duševních onemocnění a jejich projevů, je zde menší riziko nepochopení z jedné či druhé strany v případě potřeby vzájemné interakce.

V rámci destigmatizačních intervencí cílících na pracovníky ve veřejné správě bychom zmínili například projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví s názvem *Vzdělávání pracovníků státní správy a samosprávy v přístupu k lidem s duševním onemocněním*, který probíhal v letech 2014–2016, či společný projekt tří Fokusů (Fokusu České Budějovice, Písek a Tábor) s názvem *Síťování: cesta ke změně přístupu k lidem s duševním onemocněním*, který probíhal v letech 2014–2015.

4 Destigmatizační úsilí ve vybraných organizacích

4.1 Metodologie výzkumu

4.1.1 Cíl výzkumu

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu je zmapování a následný popis procesu destigmatizačního úsilí sociálních pracovníků ve vybraných organizacích, kterými byly Fokus z.s., Bona o.p.s. a Green Doors z.ú. „*Účelem kvalitativní analýzy není přinést představu o rozložení jevu v populaci, nýbrž přesvědčivou evidenci o tom, že daný jev existuje a je určitým způsobem strukturován*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 210). Výzkum se primárně zaměřuje na možná úskalí v procesu podporujícím destigmatizaci v jednotlivých organizacích a dále také na možné přínosy tohoto procesu nejen pro klienty, ale i pro jejich rodinné příslušníky a v neposlední řadě pro sociální pracovníky. Výsledky výzkumu budou diskutovány v kontextu dostupné tuzemské a zahraniční literatury.

4.1.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří respondenti ze tří organizací v České republice. Jedná se o Fokus Mladá Boleslav (pobočka v Nymburce), Bonu a Green Doors, přičemž pro všechny tyto organizace je signifikantním faktem to, že „*nabízí komplexní komunitní péči v neústavních podmínkách*“ (Fokus z.ú, 2010). V rámci těchto organizací byli metodou záměrného výběru zvoleni respondenti vhodní pro tento výzkum, a to respondenti ze tří cílových skupin: klienti – rodinní příslušníci – sociální pracovníci. Pro každou z výše uvedených skupin byli vybráni 2–3 respondenti, kteří byli ochotni se zúčastnit rozhovoru. Celkově bylo zrealizováno 19 rozhovorů, přičemž 4 rozhovory byly vzhledem k časovým možnostem zrealizovány prostřednictvím platformy Skype.

4.1.3 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Po rešerši dostupných zdrojů bylo zjištěno, že výzkumů realizovaných na téma stigmatizace duševně nemocných osob, především stigmatizace obecně, je v České republice poměrně velké množství. Avšak výzkumy na téma destigmatizace či samotného destigmatizačního úsilí nebyly dle dohledaných informací v České republice realizovány, a pokud už realizované byly, tak ve formě různých typů studentských závěrečných prací. Dalším specifickým těchto prací, jež publikovali např. DEMA (2004), Winkler et al., (2014) a další, je to, že se ve valné většině případů zaměřovali na vnímání stigmatizace z pohledu

veřejnosti, nikoliv z pohledu jiných, více zainteresovaných subjektů. Tato výzkumná studie se tedy zaměřuje na stigmatizaci duševně nemocných osob z jiného úhlu pohledu, než je to obvyklé. Studie se mimo úhel pohledu samotných duševně nemocných osob či jejich rodinných příslušníků zabývá i pohledem sociálních pracovníků na tuto oblast. Jejím záměrem a problémem, který řeší, je problematika destigmatizačního úsilí v jednotlivých organizacích z úhlů, které nejsou primárním ohniskem zájmu většinové populace, tedy z úhlu pohledu klienta, jeho/jejich rodinného příslušníka/příslušníků a sociálního pracovníka.

Výzkumné otázky (dále jen VO) a dílčí výzkumné otázky (dále jen DVO):

Vzhledem ke třem skupinám dotazovaných respondentů byly stanoveny celkem tři VO, přičemž u každé byly vytvořeny další tři doplňující DVO. První výzkumná otázka se zaměřovala na klienty, druhá výzkumná otázka na sociální pracovníky a poslední výzkumná otázka se zaměřovala na rodinné příslušníky klientů.

VO 1: *Jak vnímají klienti s duševním onemocněním destigmatizační úsilí ve vybraných organizacích?*

DVO 1: Vnímají klienti vybraných sociálních služeb jakýmkoliv způsobem snahu o destigmatizaci jejich onemocnění, případně celého oboru psychiatrie?

DVO 2: Jaká jsou úskalí v boji proti stigmatizaci ze strany klientů?

VO 2: *Jaký je přístup sociálních pracovníků ve vybraných organizacích k problematice zmírňování, či odstraňování stigma vůči duševně nemocným?*

DVO 3: Jak jsou v jednotlivých organizacích nastavené podmínky práce s klientem v případě jeho stigmatizace ze třetí strany?

DVO 4: Jaké jsou reálné možnosti sociálního pracovníka v dané organizaci při práci na zmírňování či odstraňování stigma?

DVO 5: Kdo nebo co by mohlo v tomto boji pomoci?

VO 3: *Co by pomohlo rodinným příslušníkům duševně nemocných osob s bojem proti stigma (pokud ho tedy pociťují)?*

DVO 6: Co vnímají rodinní příslušníci duševně nemocných jedinců jako největší problém v oblasti stigmatizace duševně nemocných?

DVO 7: Vnímají rodinní příslušníci jakoukoliv formu stigmatizace i vůči sobě, a nejen vůči svému dítěti?

DVO 8: Kdo a jakým způsobem by v boji proti stigmatizaci mohl nebo měl pomáhat či pomáhá?

4.1.4 Výzkumná metoda

Jako výzkumná metoda byly v této práci zvoleny polostrukturované rozhovory s respondenty tří různých skupin. Polostrukturované rozhovory se dle Hendla (2016) vyznačují poměrně širokým spektrem možností v procesu sběru dat. Pro tento typ práce jsou vhodnější nežli rozhovory strukturované či nestrukturované vzhledem k tomu, že mají alespoň částečně danou strukturu, která slouží jako podpora jak pro respondenty, tak i pro tazatele. Hendl (2016) dále dodává, že pro kvalitativní výzkum je důležitým aspektem interakce výzkumníka s respondentem.

Autor zmiňuje ale i nevýhody kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativnímu výzkumnému šetření je vytýkána možnost subjektivně ovlivněných výsledků osobou výzkumníka a informace získané kvalitativním výzkumem nemusí být vždy použitelné na populaci jiného prostředí. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 13) doplňují, že „*cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“. Otázky, které byly v rozhovoru použity, jsou k nalezení v příloze (Příloha č. 1).

4.1.5 Analýza dat

Pro zpracování dat byla zvolena metoda zakotvené teorie, jež se používá v rámci realistického přístupu k analýze dat. Tato metoda se opírá o strategické nástroje, jež mají dopomoci vyvinout teorii ze sesbíraných dat, a to bez použití předem připravených kritérií/hypotéz. Výsledky práce s touto metodou by měly odpovídat zkoumané oblasti a vysvětlovat ji (Švaříček, Šed'ová. 2007).

Základem, ze kterého analýza dat vzešla, je technika tzv. otevřeného kódování. „*Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje*“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 211). Hlavním cílem bylo vytvořit kódy tak, aby v co největší možné míře odpovídaly stanoveným výzkumným otázkám.

V rámci výzkumu byli dotazováni respondenti ze tří cílových skupin (klienti, rodinní příslušníci a sociální pracovníci) ve třech organizacích, přičemž všichni respondenti byli před

začátkem rozhovoru ujištění o zachování anonymity při zpracovávání výstupů a následně vyslovili souhlas s nahráváním.

Výzkumný soubor tvořily následující skupiny respondentů:

- **Klienti**

Výzkumný soubor tvořilo celkem sedm klientů ze tří organizací. Jednalo se o dvě ženy a jednoho muže z organizace Fokus z.ú., dále o dvě ženy z organizace Bona o.p.s. a jednoho muže a jednu ženu z organizace Green Doors z.ú. Celkově se tedy jednalo o 5 žen a 2 muže.

- **Rodinní příslušníci**

Počet respondentů v této skupině byl pět. Jednalo se o jednu ženu z Fokusu, dva muže z Bony a jednoho muže a jednu ženu z organizace Green Doors. Celkem tedy byla tato skupina respondentů vytvořena 2 ženami a 3 muži.

- **Sociální pracovníci**

Shodný počet respondentů jako v klientské skupině jsme zaznamenali u sociálních pracovníků. Našeho výzkumu se zúčastnilo sedm sociálních pracovníků z jednotlivých organizací. Šlo o jednoho muže a jednu ženu z Fokusu a Green Doors a dvě ženy a jednoho muže z Bony. Celková bilance v této skupině je tedy 4 ženy a 3 muži.

Celkově tedy bylo realizováno 19 rozhovorů, z čehož celkem 15 osobní formou a 4 rozhovory (2 rozhovory ve Fokusu a 2 rozhovory v Green Doors) prostřednictvím platformy Skype. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo od 18 do 55 let.

4.2 Vyhodnocení výzkumu

Následující kapitola přináší popis zpracování dat z rozhovorů, které se uskutečnily v červenci 2020. Pro větší přehlednost si jednotlivé výsledky rozdělíme do kategorií dle příslušnosti k jednotlivým skupinám. Výpovědi respondentů jsou plně anonymizovány a v případě uvedení prvního písmene křestního jména jsou tyto údaje smyšlené pro zachování anonymity respondentů.

4.2.1.1 Klienti

Klientská kategorie zahrnovala v tomto výzkumu celkem sedm klientů z jednotlivých organizací. Bližší specifikace této kategorie (pohlaví, věk) je k nalezení v podkapitole 4.1.5.

- Povědomí o diagnóze

V rámci tohoto výzkumu bylo dotázáno celkem 7 klientů z vybraných organizací. Čtyři ze sedmi dotázaných respondentů si byli plně, či alespoň částečně vědomi své diagnózy, stejně jako problematiky stigmatizace této skupiny osob. Toto tvrzení může být zkresleno tím, že všichni námi dotázaní jedinci byli předvybráni zástupci svých organizací jakožto vhodné objekty k uskutečnění rozhovoru. I přesto mají tito lidé poměrně relevantní náhled na své onemocnění a na to, jak k nim přistupuje společnost.

„Přesnou definici po mně nechtějte. To mi nikdy nešlo už od základky. Ale vím, o co jde. Jsme zkrátka v něčem jiný a některý lidi se k nám i tak chovaj. Myslím, že s tím by se mělo víc pracovat,“ říká paní L.

„Pobyt v nemocnici, a hlavně návrat z ní, mi otevřel oči. Ty šílený názory, který na nás lidi mají, to je hrůza. Ale je to tak a občas se tomu vlastně nedivím. A nejhorší pro mě je, že nezáleží na tom, že se snažím pracovat a žít normální život jako ostatní. To je myslím ono,“ říká paní K. *„Myslím, že by hodně pomohlo, kdyby se o nás lidi zajímali víc a třeba se pak i přestali bát.“*

„Tady v té zemi byl odjakživa problém, když byl někdo jinej. My, co pamatujem minulej režim, bysme mohli vyprávět,“ říká pan P. Dnes se pan P. otevřeně hlásí ke své diagnóze a nestydí se o ní mluvit. *„Je potřeba o tom mluvit. Bez nějakých omáček. Jinak nás ta společnost nikdy nezačne brát. Protože proč by měla? Prototyp blázna, kterému je v televizi podsouvanej každej větší problém, je tady dost dlouho a hluboko zakořeněnej, a jestli to nezměníme my, tak kdo pak?“*

- Stigmatizace lékaři a ostatním zdravotnickým personálem

Z námi oslovených respondentů si pouze jeden stěžoval na stigmatizaci v rodině. Co však bylo častějším tématem, byla právě stigmatizace lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. Lidé s duševním onemocněním navštíví za svůj život mnoho různých typů lékařů, a to od těch nejzákladnějších, jako jsou praktičtí lékaři, po ty více specializované, jako je například psychiatr. Přístup jednotlivých lékařů je v jednotlivých případech rozdílný, což je dáno faktory, jako je například místo, kde lékaři ordinují (vesnice/město), praxí jednotlivých odborníků, osobnostními charakteristikami apod. Obecně vzato se však dotázaní respondenti

shodli na tom, že přístup praktických lékařů je diametrálně odlišný od přístupů například psychiatrů či psychologů. Nejčastějším problémem, který klienti popisují, je jednak komunikace s praktickým lékařem a jednak také postoj, který praktičtí lékaři zauímají k člověku po zjištění jeho diagnózy. Klienti vnímají negativně především jednání a komunikaci praktických lékařů při zjišťování jejich diagnózy. Její stanovení bývá mnohdy dlouhodobým procesem, během něhož člověk absolvuje mnohá vyšetření u různých lékařů. Tato situace, kdy obvodní lékař posílá svého pacienta na jednotlivá vyšetření, není mnohdy ze strany praktických lékařů dle získaných dat dobře komunikována. Klienti mnohdy příliš nerozumí tomu, proč jsou odesíláni na to či ono vyšetření a co se tím daným vyšetřením může, či nemusí prokázat. Zároveň mají klienti obecně problém s jednáním obvodních lékařů po stanovení jejich diagnózy, kdy někteří dotázaní přiznali, že přístup jejich lékaře se po jejich diagnostikování ještě zhoršil. Oproti tomu přístup psychologů či psychiatrů si dotázaní respondenti chválí, a to i přesto, že shodně projevovali obavy před první návštěvou u těchto odborníků nebo během ní. Klienti nejvíce oceňují otevřený přístup, který tito odborníci vůči klientům zauímají. Co zde vyplynulo jako největší problém, jsou plné kapacity u jednotlivých odborníků, s tím je spojena i čekací lhůta na vyšetření, kdy v Praze není výjimkou čekat na vyšetření u psychologa či psychiatra půl roku.

To dokládá například tento úryvek z rozhovoru s panem M.

„Hodně těžký je to s obvodákem. Teda teď už k němu moc nechodím, ale i tak. Mám stejného jako rodiče a vždycky na mě byl zlej nebo aspoň ne hodnej. Dlouho se nemohlo přijít na to, co mi vlastně je, a tak mě posílal tam a zase jinam. Myslím, že ho to dost štválo a že si myslel, že si to všechno vymejšlím a že mi vlastně nic není. To se mi nelíbilo. Když jsem šel poprvé k psychiatrovi, měl jsem strach. Nechtěl jsem tam jít. Ale až on mi vlastně konečně řekl, co mi je a jak se to dá řešit. To mi dost pomohlo. Navíc ten přístup tam byl úplně jinej, to je fajn.“

Na komunikaci a celkový postoj praktického lékaře si stěžuje i paní K.

„Obvodák byl jen startovací čára závodu bez cíle. Posílá vás tam a zase jinam, aby se vlastně přišlo na to, co vám teda je. Bohužel jakmile zjistil, že mám problém spojenej s hlavou, koukal na mě hned jinak, divně. Tenkrát mi to nebylo vůbec příjemný.“

„Moje psychiatricka je super, ale ze začátku to bylo hodně divný. Doma se mnou o tom nikdo nemluvil – spíš se mě všichni báli, když jsem začal mluvit o tom, co vidím nebo slyším. Máma

dělala, že ne, ale jednou jsem ji slyšel mluvit s tátou o tom, jak se bojí. Když jsem šel poprvé k cvokaři (říká se tomu ještě tak?), tak jsem nevěděl, co mám čekat. Vlastně ani nevím, kdy mě tam vzali. Jen vím, že to bylo dost divný. Nechtěl jsem s nikým mluvit. Ale vlastně to bylo nakonec docela v pohodě. Máma říkala, že léky mi dost pomohly. Když jsem pak šel k normálnímu doktorovi, tak to bylo hrozný. Koukal na mě jak na blázna, to se mi vůbec nelíbilo a chtěl jsem pryč,“ říká pan P.

Obecný komentář k lékařům a jejich přístupu měla i paní V.: *„Ta nálepka, kterou vám nalepí ve chvíli, kdy chodíte ke cvokaři, je fakt velká. Ale pracuju na tom. Snažím se. Nechci házet všechny do jednoho pytle, ale doktoři nejsou dobrý lidi.“*

- Stigmatizace ze strany veřejnosti

Respondenti ze všech vybraných organizací nezávisle na sobě hovořili na téma pocíťování stigmatizace ze strany veřejnosti. Ve zvoleném vzorku osmi osob jich 6 mluvilo přímo o tom, že se cítí být společností stigmatizováni a 2 z respondentů tuto premisu potvrdili nepřímo. Dotázaní respondenti nejčastěji mluvili o tom, že pocíťující rozdíl v tom, když o jejich zdravotním stavu jejich okolí ví a naopak. Často skloňovaným místem, kde tyto změny vnímají, bylo místo bydliště či zaměstnání. Zde klienti popisují rozdílné zacházení, které se změnilo až poté, kdy se okolí dozvědělo o klientově diagnóze. Předtím byly sociální vztahy mezi klienty a jejich sousedy, případně kolegy dle slov oslovených respondentů normální. Stigmatizaci z důvodu psychické nemoci jsou klienti vystavováni i ze stran státních institucí, s nimiž přicházejí do kontaktu.

Obecně tuto věc popisuje například pan P.:

„To člověk nějak jako vycejtí. Je zajímavý, jak je rozdíl mezi tím, když o vaší diagnóze vaše okolí ví, a naopak, když o ní neví. Záleží samozřejmě taky na tom, jak moc dobře toho člověka znáte vy. Třeba u nás v rodině to, myslím, vědí asi všichni a je to v pohodě. Nebo teda s žádnou špatnou reakcí jsem se nesetkal, za což jsem rád, v domě to bylo horší.“

Pan P. dále doplňuje:

„Vy se s tím snažíte srovnat dlouho, někdy celý život a stejně to není nikdy na 100 %, ale ty lidi, kteří to o vás do té doby nevěděli, pak najednou obrátí. Třeba v práci, nebo v baráku, kde žiju. Pak je to celkem těžký jim vysvětlit, že nejste blázen, ale že jste nemocný.“

Jiný pohled na stigmatizaci má paní M.

„Svou nemoc mám už několik let. Myslím, že jsem se s ní vcelku dobře naučila žít, ale začátky byly těžké. Mám za sebou celkem dvě hospitalizace v psychiatrické léčebně.“

„Nejhorší pro mě bylo, když jsem se vrátila domů po prvním pobytu v léčebně. Bydlela jsem na sídlišti v Letňanech – všude vysoké, patrové domy, spousta lidí, neutuchající život. To se paradoxně ukázalo jako problém. Můj pobyt v léčebně se stal veřejným tématem číslo jedna, přičemž kamkoliv jsem přišla, tak ostatní okamžitě přerušili svůj hovor, všichni na mě koukali jako na naprostého blázna, a ne na nemocného člověka. Z toho velkého sídliště nebyl asi nikdo, kdo by se mě zastal, aspoň přímo teda určitě ne. Myslím si, že tohle je špatně, kór v dnešní době, když má každý ten chytřej mobil a může si na netu najít kdykoliv cokoliv. Společnost to má tady tak prostě nastavený a tečka. Jednou jsi se dostala do léčebny, tak budeš navždy magor a nikoho nezajímá, co ti doopravdy bylo nebo je. Je to smutný.“

Do této oblasti spadá i jednání s institucemi. Nezáleží však na tom, zda se jedná o obyčejnou formalitu, jakou je například zaplacení složenky, nebo věc důležitějšího charakteru, jakou je třeba žádost o přiznání invalidního důchodu.

„Když jsem šla žádat o důchod, byla to tragédie. Kdyby se mnou nešel přítel, tak nevím. Jednání paní bylo od prvního okamžiku zvláštní. Možná to začlo ve chvíli, kdy paní úřednice dostala do ruky papír od lékaře s mou napsanou nemocí. Vůbec jsem nerozuměla tomu, co mi říká. A když jsem jí řekla, že jí nerozumím, jestli mi to může vysvětlit, tak na mě začala skoro křičet, že na to nemá čas a že si to mám nastudovat doma a pak přijít zas,“ říká paní V.

Podobnou zkušenost má i paní L.

„Žádost o invalidní důchod byl druhý nejhorší zážitek v mém životě hned po pobytu v blázinci. Ze strany té ženy byl cejtit absolutní odpor, nepochopení, vztek na to, že si jen další magor jde žádat o prachy.“

- Osvěta

Problematika osvěty v oblasti duševních onemocnění je dlouhodobě poměrně diskutovaným tématem. V České republice bylo v minulých letech realizováno několik osvětových kampaní, které více zmiňujeme v kapitole 2.6. Dotázaní klienti však i přesto mluví o tom, že by bylo na tomto tématu třeba více zapracovat.

„Neříkám, že se nic neděje, ale třeba ty děcka na školách by bylo dobrý trochu informovat. V dnešní době to, myslím, není tak těžký. Kór když se občas učí takový kraviny. Pardon,“ říká pan M.

„Je rok 2020. Pamatuju nějakou akci v Praze v MHD snad v roce 2005/2006? Bylo by fajn, kdyby se třeba o mý diagnóze dozvěděla společnost víc. Pak by na mě třeba nekoukali tak, jak koukají. Každý má v mobilu internet, ty možnosti jsou, si teda myslím. Nebránil bych se tomu, kdyby se mnou chtěl někdo spolupracovat. Bylo by prima, kdyby se ten pohled na nás trochu změnil,“ říká pan P.

- Destigmatizace v ČR prostřednictvím jednotlivých organizací

Dotázaní respondenti nemají obecně příliš ponětí o problematice destigmatizačního úsilí v České republice. Ale zároveň byli všichni schopni alespoň částečně pojmenovat to, co se děje právě u nich v organizaci. Dotázaní respondenti byli po návodných otázkách přibližujících oblast zkoumání schopni popsat destigmatizační aktivity, kterých se buďto sami účastní, nebo je realizuje organizace, se kterou spolupracují. Jednalo se především o podporu zaměstnávání.

„Já jsem vděčná za tu práci. Pracuju v kavárně jako pomocná síla v kuchyni. Práce mě baví. Učím se furt něco novýho. Navíc jsem poznala nový kamarády. Dokonce občas pomáhám i tam, kde sedí ty lidi jako obsluha, ale to mi zatím moc nejde. Myslím, že je fajn, že takový místo existuje. Lidi tam můžou přijít a vidí, že nejsme nebezpečný nebo bůh ví co. Takhle nějak to asi funguje. Prostě spojují světy. Náš a váš. Stejný a přitom jiný,“ říká paní M.

„Už si nepamatuju, jaký to byl rok, ale byl jsem v nějakým projektu tý vlády (poznámka autora: projekt MPSV). To bylo celkem fajn. Dělali se mnou rozhovor, byli u mě doma, v práci. Moje fotky byly na netu a můj příběh loni v novinách. Rodiče byly pyšný. To by mohlo bejt častěj. Rád zas někomu povyprávím, jak to mám. Ted' už se o tom nebojím mluvit, navíc když jsem to zvládnul já, tak to zvládnou i další,“ říká pan P.

„Ve volnu mě baví koukat na internet. Mám doma počítač, kde na něj koukám. Když to umím já, tak by si i ostatní mohli přečíst něco o tom, jakou mám nemoc. Vadí mi každému vysvětlovat, že brát prášky na hlavu neznamena to, že nezvládnou nějaký věci. Jasně, něco se

mi hlavně v určitých období dělá hůř a něco líp, ale myslím, že celkem funguju. Musím. Mám dvě děti, o který se musím postarat, to je moje velká motivace. Dneska je tam každá kravina, tak bych byla ráda, kdyby tam bylo i něco užitečného. Bona toho dává na net dost. Třeba na Facebook. Taký ho mám. Snaží se přibližovat světu naše životy. Nedávno jsme díky veřejný sbírce na Facebooku získali nový kola pro naše chráněňko, to bylo super. Nebo tamtudy taký šíří různý akce, který u nás máme. Ten dosah je asi větší, než kdyby to neexistovalo,“ říká paní L.

Dle získaných dat je jasné, že všichni respondenti jsou se spoluprací se svou domovskou organizací spokojeni. Několik z nich pracuje přímo v podnicích, které tyto organizace provozují. Jedná se například o Strejda Burger v Nymburce, který slouží jako tréninkové pracoviště, konkrétně restaurace s kavárnou pro tamní Fokus Mladá Boleslav či o podnik Mlsná kavka, který má podobné zaměření jako Strejda Burger a provozuje ho organizace Green Doors v Praze v Karlíně.

- Problémy v souvislosti s diagnózou

Pro všechny klienty jednotlivých služeb je společným jmenovatelem problém, který jim jejich duševní onemocnění přineslo do života. Problémy jsou rozličného charakteru a liší se dle věku klienta, věku, ve kterém mu bylo onemocnění diagnostikováno, ale i dle pohlaví či vztahů v rodině, popřípadě vztahů partnerských. Důležitou oblastí, ve které se díky diagnostikovanému duševnímu onemocnění objevují u těchto osob problémy, jsou zaměstnání a bydlení. Zajímavé je, že sociální izolaci, která je důsledkem stigmatizace těchto osob, žádný z klientů příliš nezmiňoval, což nutně nemusí znamenat, že by tento problém byl méně závažný nežli ty ostatní.

„V posledních pár letech jsem cítila, že něco je jinak. Často mě bolelo celé tělo, ale nebyl k tomu důvod. Byla jsem unavená, všechno, co mi dříve šlo a bavilo mě, mi nyní činilo potíže. Občas jsem cítila čím dál větší návaly vzteku, se kterým jsem neuměla pracovat. Šlo to postupně a potíže se zhoršovaly, a tak jsem nakonec musela přestat pracovat. Měla jsem v práci konflikt s kolegyní, ale o tom nechci mluvit. Bylo to ošklivé. Věděla jsem, že už je něco fakt špatně a že s tím musím něco udělat,“ říká paní A.

„Léky mi sice pomáhají potlačovat symptomy, ale v práci jsem s tím neuměla fungovat. Někdy to sice šlo, ale někdy taky vůbec,“ říká paní V.

4.2.1.2 Sociální pracovníci

V rámci druhé kategorie dotazování bylo vybráno celkem sedm sociálních pracovníků z jednotlivých organizací, se kterými jsme uskutečnili rozhovory. Jednalo se o 2 zástupce z Fokusu a Green Doors a 3 zástupce z Bony. Co se týká pohlaví, v této kategorii byli celkem tři muži a čtyři ženy. Výsledky ukazují, že každá organizace se řídí odlišnými interními předpisy, které způsobují rozdíly v přístupu k destigmatizačním aktivitám.

- Reálné možnosti

Všichni dotázaní respondenti se shodli, že obecné možnosti jednotlivých sociálních pracovníků v boji proti stigmatizaci a na podporu destigmatizace osob s duševním onemocněním sice existují, ale bylo by zapotřebí daleko více bojovat se stigmatizací systematicky s dopomocí, především finanční, státu, což se aktuálně dle námi získaných výpovědí příliš neděje. Rezonujícím tématem mezi dotázanými sociálními pracovníky je taktéž deinstitucionalizace, která by dle sociálních pracovníků mohla destigmatizaci duševně nemocných osob výrazně podpořit. Zároveň je zde zmiňována i potřeba osvěty, která již byla zmiňována u klientů jednotlivých organizací.

„Kdybych to měla pojmenovat tak, jak to cítím, tak bych řekla, že jsem v tomhle boji jenom obyčejnej pěšák. V rámci organizace máme své postupy: realizujeme různé akce, programy a projekty na podporu destigmatizace, ale já sama osobně velkou sílu v tom něco změnit bohužel nemám. Bylo by jistě vhodné větší zapojení ze strany naší vlády. Duševně nemocní dlouhodobě nejsou prioritou jednotlivých vládních programů, i přestože se tak mnozí politici tváří, aby získali nějaké ty bodíky k dobru. To všechno přesto, že je statisticky dokázáno, že se jejich počet neustále zvyšuje. Systematická pomoc, v rámci níž bychom mohli daleko více spolupracovat s některými orgány, by jistě přinesla daleko větší úspěchy nežli naše snahy, které jsou spíše komornějšího charakteru, a to hlavně z důvodu omezených financí,“ říká paní I.

„Myslím, že reálné možnosti boje proti stigmatizaci určitě jsou v našich silách! Ale je potřeba začít něco pořádně dělat – například veřejně školit či zlepšovat veřejné mínění o duševně nemocných,“ říká jedna z pracovnic pražské Bony paní B.

„Destigmatizace, ať už jakékoliv skupiny obyvatel, přičemž se nemusí jednat jen o osoby s duševním onemocněním, je běh na dlouhou trať. Ledacos se zde změnilo za posledních třicet let, to zase ano. Tehdy, a i mnohem dříve v minulosti, bylo duševní onemocnění mnohem větším problémem, než si kdokoliv z nás umí představit – diagnostika veškerá žádná, práce s klienty nulová. Jediné, co bylo tehdy v módě, bylo vylučovat tyto osoby na okraj společnosti a zavírat je do léčeben bez ohledu na jejich přesnou diagnózu. Ale pořád je tu dost prostoru na to vymýšlet nové věci, které budou efektivně a cíleně pomáhat lidem, kteří trpí duševní poruchou. Velký plus vidím v deinstitucionalizaci. Ano, ta taky není vhodná pro každého, ale je to dobrý začátek, jak upozornit veřejnost na to, že lidé s duševním onemocněním mají také právo žít v důstojných podmínkách,“ reflektuje situaci pan J.

„Vidím, a hlavně cítím za ty roky trochu nedostatky v podpoře od státu. Myslím, že tato skupina osob je naší vládou stále poněkud opomíjena. V rámci Fokusu máme mnoho aktivit na podporu destigmatizace, ale pokud nebudeme mít plnou podporu seshora, pak toho zmůžeme o dost méně, nežli bychom chtěli a mohli. Ale samozřejmě smysl to má i tak. A to velký. Zažívat příběhy osob, které se kvůli své nemoci dostaly do nelehké životní situace a pomáhat jim zvednout se, mnohdy opravdu ze dna, nahoru, je krásný pocit. A proto to dělám! Má to smysl!“ Pozitivní pohled na věc přináší paní K.

„Není to úplně tak, že bych si řekl: Tak a teď jdu do boje proti stigmatizaci. To by byla hodně velká nadsázka reálného stavu. Řekněme to tak, že já na své pozici mám určité penzum povinností, které musím za den, týden, měsíc udělat. Destigmatizace je postupný a pozvolný proces, který se neodehraje ze dne na den a bohužel ani z měsíce na měsíc. Je třeba na něm cíleně pracovat, vymýšlet nové a nové věci, které by byly vhodné jak pro klienty, tak i pro ty, jimž je osvěta určena. A ano, je to právě osvěta, jež je naší největší zbraní. Stále a pořád dokola vzdělávat sebe a své okolí o tématech duševního onemocnění a snažit se jim porozumět. To je podle mě cesta,“ říká pan A.

- Destigmatizační aktivity

U dotázaných sociálních pracovníků je možné identifikovat mnoho podobných typů aktivit, které se více či méně zaměřují na podporu destigmatizace osob s duševním onemocněním. Všechny tři organizace se zaměřují na pomoc osobám s duševním onemocněním, například se

získáním zaměstnání, kdy dané organizace klienty zaměstnají na svém chráněném pracovišti (typicky se jedná o různá bistra, kavárny a restaurace), kde vzhledem ke kontaktu klientů s okolním světem dochází, nebo se organizace alespoň snaží, aby docházelo k destigmatizaci této skupiny osob.

Jedním z míst, kde se pracovníci nymburského Fokusu snaží o destigmatizaci osob s duševním onemocněním je restaurace s kavárnou, kterou provozuje Fokus Mladá Boleslav. *„Svou práci bych popsala jako neskutečně naplňující a obohacující. Ano, někdy je vyčerpávající, ale ani přesto bych ji nevyměnila,“* říká jedna z vedoucích pracovnic této restaurace s kavárnou. Na tomto pracovišti se pracovníci Fokusu snaží o destigmatizaci duševně nemocných osob nejen právě jejich zaměstnáváním, ale například i realizací různých výstav (mnohdy i prodejních), besed na různá témata či koncertů klientů pro širokou veřejnost. Díky iniciativě Fokusu se dle místní vedoucí pracovnice dá mluvit o tom, že lidé s duševním onemocněním jsou zde součástí místní komunity.

Spousta destigmatizačních aktivit, které v České republice probíhají, je realizována ve spolupráci několika neziskových organizací. Spolupráce, která funguje, je nastavena například mezi Bonou a Fokusem. Její fungování a podobu popisuje jedna z pracovnic paní P.

„Hodně spolupracujeme na různých destigmatizačních aktivitách s pražskou pobočkou Fokusu. Konkrétně se jedná o projekty: Duševní zdraví, Blázníš? No a!, Dávám židli do kruhu, Nevypusť duši, Patálie, Projekt Spolu či Týdny pro duševní zdraví.“

„Já jako počátek těch destigmatizačních aktivit vidím u nás asi rok 2005. V roce 2005 probíhala velká kampaň v rámci pražského MHD, kdy byly na zastávkách autobusů a tramvají a ve vestibulech metra fotografie a příběhy lidí s duševním onemocněním, které měly upozornit na fakt, že tito lidé jsou běžnou součástí naší společnosti a je nutné je tak brát,“ říká pan J.

„Dle mého názoru neexistují vyloženě nepovedené destigmatizační aktivity, tedy z těch, které znám. Ano, výsledný efekt je u každé z nich jiný, ale vzhledem ke komplexní potřebě osvěty mi případné rozdíly ve výstupech jednotlivých aktivit nepřijdou relevantní. Stejně tak bych nedokázal označit ani ty vyloženě povedené destigmatizační aktivity. Je důležité, že se realizují,“ reflektuje situaci s destigmatizačními aktivitami pan A.

- **Podpora destigmatizace**

Jednoznačným klíčem k větší podpoře destigmatizace duševně nemocných osob je dle dotázaných respondentů větší a lepší systémová podpora. Ta není dle získaných výpovědí příliš vhodně nastavena a ukotvena, a tak sociálním pracovníkům chybí jak podpora věcná, která by jim poskytla potřebnou podporu při různých aspektech jejich fungování ze strany státu, tak i ta finanční, která ovlivňuje mnohé aspekty fungování jednotlivých organizací. Spolu se zlepšením systémové podpory zde byla sociálními pracovníky zmiňována také osvěta, která je důležitá především pro laickou veřejnost. Práce se stereotypy, které mohou mnohdy lidem s duševním onemocněním komplikovat život, je důležitým aspektem práce sociálních pracovníků. Možnosti, kterými je dnes možné šířit osvětu v oblasti podpory destigmatizace duševně nemocných, je mnoho, proto by bylo vhodné i v této oblasti zapracovat na zlepšení celkové situace, a to například s využitím sociálních sítí. Dále byla zmiňována problematika financování dílčích (nejen) destigmatizačních aktivit.

„Základem by podle mě bylo změnit veřejný mínění. To je těžkej úkol. Myslím, že by pomohlo více veřejnosti ukazovat, co funguje, jak to funguje, jak to vypadá. To by mohlo pomoci,“ míní paní I.

„Jednoznačně by pomohla větší systémová podpora, a to finanční i věcná. Aktuálně běží reforma psychiatrické péče, která se snaží o zvýšení systematickosti v této oblasti a provázanosti s ostatními službami péče, a to prostřednictvím rozšíření stávajících třech pilířů péče o duševně nemocné v České republice na čtyři. A to díky vytvoření nového pilíře obsahujícího CDZ,“ zmiňuje pan A.

„Napadají mě dvě věci – osvěta a peníze. Osvěta u nás poměrně funguje, ale přesto je to evidentně stále málo. Nesouhlasím úplně s názorem některých mých kolegů, že by stát nic nedělal v této oblasti. Pamatuji si některé projekty, v rámci nichž probíhaly různé destigmatizační aktivity a kampaně, které probíhaly pod záštitou orgánů státní správy. Co vidím jako větší problém, je nedostatek peněz. Peněz je v sociální oblasti málo odjakživa. Tento sektor je dle mého názoru značně podfinancovaný, a dokud nebude řádně dofinancován, jsou naše možnosti značně redukovány,“ reflektuje situaci paní K.

„Nejsem si zcela jist, jaké konkrétní kroky a v jakém pořadí by bylo vhodné zrealizovat. Destigmatizace duševně nemocných je pouze jedním článkem naší práce,“ říká pan P.

4.2.1.3 Rodinní příslušníci

Shánění respondentů z řad rodinných příslušníků se nám ukázalo jako nejtěžší úkol, a to vzhledem k tomu, že respondenti z ostatních dvou kategorií (klienti a sociální pracovníci) jsou přítomni na daném pracovišti. Rodinné příslušníky bylo nutné shánět povětšinou přes sociální pracovníky v jednotlivých organizacích, kteří nám doporučili vhodné aktéry. Nakonec se podařilo domluvit a následně zrealizovat celkem pět rozhovorů s touto cílovou skupinou. Jednalo se o jednoho rodinného příslušníka klienta Fokusu a po dvou rodinných příslušnících klientů Bony a Green Doors.

- Smíření

Jednou z nejčastějších odpovědí na otázku – *„Co vnímají rodinní příslušníci duševně nemocných jedinců jako největší problém v oblasti stigmatizace duševně nemocných?“* – bylo jednoznačně smíření s danou situací, diagnózou. Pro všechny dotázané rodinné příslušníky bylo toto téma jednoznačně nejpálčivější. Smíření s nastalou situací a diagnózou pro respondenty s vlastní zkušeností s psychiatrickou diagnózou u jejich dětí bylo mnohem jednodušší nežli v ostatních případech.

„Mám diagnostikovanou schizofrenii. Už je to pár let. To, že má stejnou diagnózu moje dcera, je sice smutný a ze začátku to bylo těžký to přijmout, ale tak nějak už jsme s manželem tušili, že je něco špatně. Ale stejně myslím, že pro rodiče, který to neznají, je to mnohem těžší to pochopit a naučit se s tím žít. V tomhle jsme měli výhodu, aspoň já. Ale každopádně to nikomu nepřeju. Každý si přeje zdravý dítě, a když to tak není, tak je to těžký a bolestivý, ať máš zkušenosti, nebo ne,“ říká paní M.

„Pamatuju si to, jako kdyby to bylo včera. Tohle asi žádná máma nezapomene, nebo aspoň myslím. Syn měl dlouhodobé problémy se soustředěním už od základní školy. Školní psycholog bez mávnutí ruky diagnostikoval pravděpodobné ADHD a bylo (podobnou diagnózu měl v dětství můj muž). Žádná další vyšetření či rady, jak s tím naložit, jen doporučení k psychiatrovi. To mi trochu vadilo. Když jsem se po čase zkusila obrátit na pedagogicko-psychologickou poradnu a jejich psychologa, dozvěděla jsem se synovu diagnózu. Syna vyšetřili a následně nám doporučili navštívit dětského psychiatra. Ten diagnostikoval po pár sezeních, která syn trávil ve všemožných pozicích jen ne v klidu, hebefrenní schizofrenii. V ten

den se mi změnil svět. Ta diagnóza vám změni svět a je potřeba se s tím smířit a následně naučit fungovat,“ popisuje proces diagnostikování nemoci u svého syna paní Š.

„Pro mě asi byla nejhorší ta práce s emocemi. Tolik různých emocí se ve mně mlelo. Celkově to přijetí toho faktu, že to tak prostě je a že s tím nic nenaděláme, bylo dost náročný,“ reflektuje proběhlou situaci pan O.

„Přemýšleli jsme, jestli tohle vůbec zvládneme. Nevěděli jsme, co bude večer, natož zítra, za týden, měsíc, rok. Neuměli jsme si představit, jak budeme žít. Jak bude vypadat náš běžný den, který doposavad byl celkem normální. Tyhle a mnohý další otázky nás napadaly po vyslovení toho, čeho se bojíte vlastně už od narození toho děcka – že je nemocný, že je něco špatně,“ přibližuje své pocity pan T.

„Je to těžký. Podle mě bylo důležitý se snažit to pochopit, nedělat si zbytečné naděje nebo naopak nekonstruovat katastrofický scénáře. Ty emoce se Vám tam hodně melou. Člověk by si řekl, že když nějakou nemoc diagnostikujou vašemu dospělýmu dítěti, tak že to bude lepší, než kdyby se to stalo, když je to dítě malý. Ale pro mě to bylo těžký hodně i v jejím věku i přesto, že jsem chlap. Furt je to moje dítě a mám ho rád,“ říká pan D.

- Vnímání stigmatizace

Pohled na pociťování stigmatizace kvůli nemocnému členovi rodiny měli respondenti rozdílný. Tři z celkem pěti dotázaných zmínili, že se cítili být někdy stigmatizovaní kvůli tomu, že jejich příbuzný má duševní poruchu, přičemž závažnost diagnózy v tomto případě nehrála roli. Nejčastěji se projevy stigmatizace u rodinných příslušníků lidí s duševním onemocněním objevovaly v zaměstnání. Někteří respondenti také popisují, že se s žádnou formou stigmatizace kvůli jejich nemocnému příbuznému nesetkali.

Pan O. v rozhovoru popisuje:

„Myslel jsem, že když seznámím pár svých nejbližších kolegů se situací, že to vezmou v pohodě. Ale to se nestalo. Od té doby, co jsem přiznal, že moje přítelkyně má tzv. OCD (pozn. obsesivně kompulzivní porucha), tak se mě v práci kolegové ptali, jak to s přítelkyní vypadá, když je teda nemocná a musí brát ty prášky na hlavu. Myslím, že víc než její doopravdivý stav, je zajímavý nějaký pikantnosti ze života „blázna“.

Pan O. následně ještě doplnil toto: „*Nejhorší mi na tom přišlo, že podle mě neměli ani tušení, co to má přítelkyně za nemoc, natož jak se projevuje a léčí. Prostě jakmile má někdo nějakou psychickou nemoc, tak je to úkaz hodný vystavování.*“

„*Když se u dcery projevila naplno její nemoc, nebylo jí ještě ani 18 let. Bydleli jsme v panelovém domě, kde se rozhodně neznal každý s každým, ale drby jsou v módě snad všude. To bylo vždycky, kór když bydlíte na malém městě. Když po dceřiným pokusu o sebevraždu přijela záchranná služba spolu s policií, bylo na problém zaděláno,*“ popisuje paní M.

- Destigmatizační úsilí

Dalším z okruhů, kterým byl věnován prostor, bylo destigmatizační úsilí v jednotlivých organizacích, ale i obecně v rámci České republiky.

Obecně vzato byly odpovědi dotázaných respondentů převážně kladné. Vzorek vykazoval vlastnosti, jako je vděk, že s jejich rodinnými příslušníky někdo pracuje, či úctu k sociálním pracovníkům vykonávajícím toto zaměstnání. Dalším hodně vyčnívajícím bodem byla potřeba prostorové blízkosti organizací.

„*Jsem ráda, že má dcera práci. Fokusu patří velký dík za to, že ji vrátili zpět do pracovního života a vůbec, že jí dali tu možnost. Úplně nevím, jak to funguje v jiných organizacích, protože u nás máme jen ten Fokus, ale rozhodně je fajn, když jsou tyto služby dostupné. Právě třeba i takhle v menším městě. Myslím, že ta prostorová blízkost je důležitá při prvotním navozování kontaktu s organizací,*“ popisuje své zkušenosti paní M.

„*Popravdě úplně nevím, co dělá přesně vláda na podporu našich dětí. Myslím, že o tomhle se moc nemluví. Když už jsem někdy slyšela něco o duševních nemocech, třeba v televizi nebo tak, tak jen v negativním,*“ sděluje své pocity paní Š.

„*Trošku mi tady chybí nějaký znatelnější vedení shora v tomhle směru, myslím od našich ústavních činitelů. To, co dělají jednotlivý neziskovky pro své klienty, je jedna věc, ale myslím, že stát jako takovej toho zatím moc neudělal. Nebo já o tom aspoň nevím, že by se někdo někdy zajímal o potřeby mého dítěte nebo děcek v podobný situaci,*“ uvažuje nad situací pan D.

4.3 Závěry výzkumu

V rámci tohoto kvalitativního výzkumu, který probíhal v červenci 2020, jsme realizovali celkem 19 rozhovorů různou formou, a to s klienty, jejich rodinnými příslušníky a sociálními pracovníky celkem ze tří organizací působících v České republice.

Výzkum byl cílen na pohledy všech tří skupin na problematiku stigmatizace a destigmatizačního úsilí u nás v zemi, přičemž zjištěné výsledky jsou v mnoha ohledech podobné. Například potřeba osvěty se ukázala jako důležitá pro všechny dotázané skupiny.

Co se týká detailnějších výsledků výzkumu v rámci jednotlivých kategorií, pak jsou závěry následující:

- Klienti

Všichni dotázaní klienti vnímají snahu svých domovských organizací o jejich zapojení do běžného života. A vnímají ji velice pozitivně. Nejvíce v tomto směru klienti oceňovali podporu v oblasti shánění a následného udržení si zaměstnání či bydlení, kde může organizace fungovat jako prostředník, který pomáhá destigmatizovat klienta a jeho onemocnění. Zároveň zde od klientů rezonovala větší potřeba osvěty, kterou by bylo dle výpovědí jednotlivých klientů vhodné šířit například pomocí sociálních sítí. Všichni respondenti z této skupiny se shodli na tom, že jejich domovské organizace pracují dobře.

V rámci této kategorie respondentů byla také identifikována největší úskalí, která klienti vzhledem ke své diagnóze vnímají. Jedná se o stigmatizaci ze strany veřejnosti či lékařů a jiného lékařského personálu, kterou dotázaní klienti shodně pocítují. V případě stigmatizace ze strany veřejnosti klienti nejčastěji popisovali problémy v oblasti bydlení či zaměstnání, a to především v případech, kdy se jejich okolí dozví o jejich zdravotním stavu. Stigmatizaci ze strany lékařů klienti nejčastěji zažívají od praktických lékařů, jejichž přístup se dle námi zkoumaného vzorku diametrálně odlišoval od přístupu jiných odborníků. Dalším z úskalí, která klienti vnímají, je komunikace. Konkrétně výsledky výzkumu popisují problémy v komunikaci s praktickými lékaři či orgány státní správy a samosprávy.

- Sociální pracovníci

Vybraní sociální pracovníci celkem ze tří organizací působících v České republice popisovali své reálné možnosti, které při podpoře destigmatizace osob s duševním onemocněním, potažmo celého oboru psychiatrie, mají. Z výsledků výzkumu lze obecně konstatovat, že přístup k destigmatizaci osob s duševním onemocněním u zkoumaných sociálních pracovníků je kladný. Dle pracovníků možnosti řešení jsou, avšak obecně jim chybí především větší

podpora ze strany státu. Vzorek respondentů se shodl na tom, že je důležitá především potřeba osvěty o těchto osobách, jelikož proces destigmatizace je dlouhodobý.

V rámci větší podpory destigmatizace osob s duševním onemocněním by dle vzorku respondentů bylo vhodné zavedení větší míry systémové podpory, která sociálním pracovníkům chybí. Stejně vážným problémem jsou dle dotázaných respondentů finanční prostředky. Vzhledem k relativnímu podfinancování sociálních služeb v České republice jsou i prostředky vyhraněné na destigmatizační aktivity a projekty omezené a je nutné čerpat finanční prostředky například z ESF. Výzkumný vzorek zároveň prosazoval proces deinstitucionalizace, která by proces destigmatizace osob s duševním onemocněním mohla také nepřímo podpořit.

- Rodinní příslušníci

Výzkumný vzorek rodinných příslušníků pojmenoval jako největší problém oblast vnímání duševně nemocných osob. Jejich negativní vnímání spojené s jejich stigmatizací je problém, který rodinní příslušníci pocítují především v oblastech bydlení či zaměstnání, což je shodný výsledek jako u dotázaných klientů. Změnu vnímání této skupiny osob by bylo možné docílit díky osvětě.

Osvěta byla pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním hlavním prvkem, který by mohl pomoci v jejich destigmatizaci. Tento prvek se shodně objevoval ve všech třech kategoriích respondentů.

Obecně se zde projevila úcta a vděčnost vůči jednotlivým organizacím, jejich pracovníkům a činností, které realizují, stejně jako potřeba větší podpory ze strany státu, kterou v České republice postrádají především rodiče dětí s duševním onemocněním.

DISKUSE

Skupina celkem sedmi klientů (respondentů) vykazovala obecně podobné smýšlení v rámci jednotlivých otázek. Jako důležitý bod nám u této kategorie vyvstala **potřeba prohlubování znalostí o problematice duševních onemocnění**, čímž by došlo právě k podpoře destigmatizace osob s duševním onemocněním. Tuto myšlenku podporuje například Thornicroft (2006), který zmiňuje, že nízké znalosti podněcují stigma. Jak dokládá např. tento úryvek: *„prototyp blázna, kterému je v televizi podsouvanej každej větší problém, je tady dost dlouho a hluboko zakořeněnej, a jestli to nezměníme my, tak kdo pak,“* je u nás tento problém zakořeněn již od nepaměti.

Dalším bodem, který se v rámci této kategorie respondentů objevil, bylo **stigmatizování osob s duševním onemocněním ze strany lékařů**. Toto zjištění nám potvrdilo výsledky výzkumů, které proběhly jak v České republice, tak i v zahraničí. Konkrétně se jedná o studii Grahama Thornicrofta (2018), která hovoří o tom, že zdravotníci mají k lidem s duševním onemocněním často stejné postoje jako většinová populace, v některých případech dokonce horší. Z českého prostředí lze jmenovat například již zmiňovaný projekt Mindset, který se sice primárně nezaměřuje na lékaře či zdravotnický personál, ale na studenty zdravotních škol, kteří se na tuto práci teprve připravují. Jak ze studie vyplynulo, i jejich postoje byly značně stereotypní před začátek celého programu, jehož cílem bylo tyto postoje změnit.

Strach ze stigmatizace ze strany veřejnosti je dalším z bodů vyplývajících z výše popsaného výzkumu. Tento jev potvrzují například Harl a Harlová (2015), kteří v souvislosti se stigmatizací ze strany veřejnosti mluví o sociální izolaci jedince, ke které často po odhalení klientovy diagnózy dochází, či Ocisková a Praško (2015, s. 42), kteří zmiňují, že *„polovina až dvě třetiny lidí, kteří by mohli z psychiatrické léčby profitovat, ji nikdy nevyhledají z důvodu, aby nebyli spojováni se stigmatizovanou skupinou psychicky nemocných“*, a to právě z toho důvodu, aby nadále mohli vést alespoň částečně „normální“ život bez zbytečně připisovaných předsudků ze strany jiných osob, aby mohli pracovat a fungovat tak, jak chtějí. Do této skupiny odpovědí patří i stigmatizace od orgánů státní správy a samosprávy, ke které v naší zemi dle získaných výpovědí dochází. Vzhledem k tomu, že dle serveru www.socialni-politika.eu v České republice v roce 2019 pobíralo invalidní důchod z důvodu duševního onemocnění v různém stupni celkem 102 tisíc osob, což je takřka čtvrtina příjemců invalidních důchodů u nás v zemi, je s podivem, že lidé s duševním onemocněním zažívají takováto úskalí při jednání právě například s orgánem okresní správy sociálního zabezpečení, který toto spravuje. Vzhledem k tomu, že těchto osob je u nás v republice velké množství, je

jasné, že do styku s úředníky a úřednicemi nepochybně přijdou. Dle našeho názoru by lidé na úřadech měli být připraveni na jednání s takovýmto člověkem a v případě potíží by jednání měli přenechat někomu více kompetentnímu. Na druhou stranu je pravda, že žádný z respondentů nežádal o invalidní důchod v posledních 3 letech, proto tedy tyto informace můžeme považovat pouze za orientační a nemůžeme z nich aktuálně vyvozovat přehnané závěry.

Jednoznačným tématem dominujícím výsledkům výzkumu u sociálních pracovníků a rodinných příslušníků klientů je potřeba osvěty. Jde o téma, které rezonovalo všemi třemi kategoriemi respondentů bez ohledu na jejich pohlaví, věk či příslušnost k dané kategorii. Rozšiřování znalostí, práce se stereotypy a předsudky (Vágnerová, 2004), to je to, co v destigmatizaci duševně nemocných osob pomůže nejvíce.

Doporučení, které z toho vyplývá, tedy zcela jasně směřuje k posílení a zkvalitnění dostupné osvěty. Vzhledem k dnešním takřka neomezeným možnostem a dostupnosti internetového připojení by bylo dle našeho názoru vhodné uzpůsobit tomuto trendu i osvětu. Jako vhodné příklady bychom použili sociální sítě, které každý den využívá velké množství tuzemských obyvatel. Tuto formu osvěty zvolil například projekt Nevypusť duši, jenž zdárně pracuje s platformou Instagram a oslovuje tak mladší populaci, která tuto platformu využívá.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo popsat destigmatizační úsilí sociálních pracovníků ve vybraných organizacích a zároveň zmapovat možné příležitosti, ale i úskalí v oblasti odstraňování stigmatu u osob s duševním onemocněním.

V teoretické části práce byl představen systém péče o osoby s duševním onemocněním, a to včetně popisu aktuálního stavu jeho vývoje, sociální práce s touto cílovou skupinou či výčtu dostupných sociálních služeb. Dále je v práci prezentována problematika samotného stigmatu od jeho vývoje v historickém kontextu po aktuální dopady či měření stigmatizace. Poslední teoretická kapitola se zabývala oblastí destigmatizace duševně nemocných, přičemž je v ní vytvořen ucelený pohled na destigmatizační aktivity realizované v České republice.

Praktická část diplomové práce prezentuje výsledky kvalitativního výzkumu, jenž se uskutečnil v červenci 2020 a byl zaměřen na oblast destigmatizace, ale i stigmatizace z pohledu klientů, jejich rodinných příslušníků a sociálních pracovníků. Výsledky tohoto výzkumu se zaměřují nejen na destigmatizační úsilí, ale i na problematiku samotného stigmatu, které dotázaní respondenti více či méně vnímají.

Seznam použité literatury

ČERNOUŠEK, Michal. 1994. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-086-4.

DEMA. 2004. *Názory na schizofrenii*. Reprezentativní výzkum v ČR. Praha.

GOFFMAN, Erving. 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLÍČKA a Jan LIBIGER. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. 2004. *Psychiatrie*. Druhé, doplněné a opravené vydání. Praha: Tegis. ISBN 80-900130-7-4.

JIRÁK, Jan a Barbara KOPPLOVÁ. 2003. *Média a společnost: Stručný úvod do studia médií a mediální komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8697-7.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. 2014. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4786-6.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREK, Josef. 2010. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 4., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2639-7.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6658-4.

MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. ed. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OCISKOVÁ, Marie. 2016. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. ISBN 978-80-87895-58-0.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a Jaroslav FILKA. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

ŠUPKOVÁ, Danuše a kolektiv. 2007. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2245-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Základy psychologie*. V Praze: Karolinum. ISBN 9788024608419.

WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-21-9.

YALOM, Irvin D. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 8073673045.

Internetové zdroje

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2002). *Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey*. Schizophrenia Research, 69(2–3), 175–182. doi:10.1016/S0920-9964(03)00186-5.

Begić, J., Kamenov, Ž., & Korajlija, A. L. (2005). *Qualitative and quantitative research on stigmatization of mentally ill*. Socijalna Psihijatrija, 33(1), 10–19.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2020a. *Podpora rodinných příslušníků v psychiatrických lůžkových zařízeních* [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/aktualni-projekty/podpora-rodinnych-prislusniku-v-psychiatrickych-ne/>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2020b. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/co-delame/aktualni-projekty/zapojeni-peer-konzultantu-do-pece-o-dusevni-zdravi/>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2017. [online]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/uvod/>.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM). 2019. *Tolerance k vybraným skupinám obyvatel – březen 2019* [online]. [cit.15.5.2020]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/vztahy-a-zivotni-postoje/4905-tolerance-k-vybranim-skupinam-obyvatel-brezen-2019>.

Gamian. [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: www.gamian.eu

Janoušková et al., 2016. *Stigmatizace v České republice* [online]. [cit. 20.6.2020]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/02/Stigmatizace-v-CR_zprava_NUDZ.pdf.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33(1), 77–83. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x.

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. 2005. *Zelená kniha* [online]. [cit. 21.7.2020]. Dostupné z: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RW26DKvQ0pIJ:www.fokusvysoci na.cz/document.ashx%3Ffile%3DZelena_kniha.pdf+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz).

Mental Health Europe. 2019a, [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: www.mhe-sme.org

Mental Health Europe. 2019b. *European Mental Health Week* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.mhe-sme.org/emhw/>

Mental Health Europe. 2019c. *Mapping Exclusion* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.mhe-sme.org/mapping-exclusion/>

Mental Health Europe. 2019d. *Each of us* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.mhe-sme.org/each-of-us/>

Mental Health Europe. 2019e. *Tried & Trust* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.mhe-sme.org/tried-trusted/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha. [cit. 2020-01-25]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2019. *Barometr mezi mediky* [online]. [cit.15.5.2020]. Dostupné z: http://www.hc-institute.org/userfiles/files/TZ_barometr_medici_2018.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2020a. *Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví: spustit by se měla do července*. [online]. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_3854_8.html

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2020b. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030* [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-v-cesku-2020-az-2030?typ=o>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2020c. *Projekty ministerstva zdravotnictví v letech 2014–2020*. [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/category/evropske-fondy/projekty-ministerstva-zdravotnictvi-v-letech-2014-2020/>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ). 2020d. *Základní principy péče v CDZ* [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BharxRqFDU0J:https://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx%3FsouborID%3D34943%26typ%3Dapplication/pdf%26nazev%3DP%25C5%2599%25C3%25ADloha%2520Metodiky%2520%25C4%258D.%25206_Z%25C3%25A1kladn%25C3%25AD%2520principy%2520p%25C3%25A9%25C4%258De%2520poskytovan%25C3%25A9%2520v%2520CDZ.pdf+%&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz.

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). 2015. *O NUDZ* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: www.nudz.cz/o-nudz/o-nudz/

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). 2016. *Mindset* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/spolupracujeme-na-projektu-mindset-jake-jsou-postoje-studentu-strednich-zdravotnickych-skol-k-dusevnimu-onemocneni/>.

Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). 2017. *Destigmatizace lidí s duševním onemocněním* [online]. [cit. 20.7.2020]. Dostupné z: <https://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>.

Nevypust' duši. 2020. [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/>

PRAŠKO, Ján a Marie OCISKOVÁ. 2014. *Sebestigmatizace u psychiatrických pacientů* [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/271586016_Sebestigmatizace_u_psycheiatrickych_pacientu_-_Standardizace_Skaly_ISMI

PRAŠKO, Ján. 2001. *Stigmatizace u „psychogenních poruch“* [online]. [cit. 6.3.2020] Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/01/07prasko.pdf>

Profesní svaz. 2020. *Etický kodex sociálních pracovníků*. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf [staženo dne 24.6.2020].

Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

THORNICROFT, Graham. 2006. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness* [online]. Oxford University Press. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Shunned:+Discrimination+against+People+with+Mental+Illness&publication+year=2006&author=Thornicroft+G.

Týdny pro duševní zdraví. 2020. *O týdnech pro duševní zdraví* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <http://www.tdz.cz/o-tdz/>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). 2017. *Psychiatrická péče 2016* [online]. [cit. 2020-01-25]. ISBN 978-80-7472-167-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2016.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). 2018a. *Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99): Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). 2018b. *Psychiatrická péče 2017* [online]. [cit. 2020-01-25]. ISBN 978-80-7472-178-6. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2017.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). 2019a. *Psychiatrická péče 2018* [online]. [cit. 2020-01-25]. ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). 2019b. *Zdravotnická ročenka ČR 2018* [online]. [cit. 20.6.2020]. ISSN 1210-9991. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>.

Zdravotnický deník. 2018. *Zdravotníci jsou vůči duševně nemocným stejně stigmatizující jako ostatní* [online]. [cit. 15.5.2020]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/11/zdravotnici-jsou-vuci-dusevne-nemocnym-stejne-stigmatizujici-jako-ostatni-popisuje-profesor-thornicroft/>

Zákony

Zákon č. 108/2006 Sb., *zákon o sociálních službách* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Zákon č. 372/2011 Sb., *zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

Zákon č. 1/1993 Sb., *Ústavní zákon* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-1>.

Usnesení č. 2/1993 Sb., *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>.

Zákon č. 89/2012 Sb., *občanský zákoník* [online]. [cit. 11.7.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

Seznam zkratek

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

STRATEGIE – Strategie reformy psychiatrické péče

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

CDZ – Centrum duševního zdraví

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění

CAMI – Community Attitudes towards Mentally

MICA – Mental Illness: Clinicians' Attitudes

RIBS – Reported and Intended Behaviour Scale

MAKS – Mental Health Knowledge Schedule

LOC – Level of Contact Report

ISMI – Internalized Stigma of Mental Illness Scale

PAP – Psychiatrické centrum Praha

OSN – Organizace spojených národů

WHO – Světová zdravotnická organizace

ESF – Evropský sociální fond

Seznam grafů

Graf 1 – Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz	13
Graf 2 – Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz.....	14
Graf 3 – Počet hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle kraje bydliště na 100 000 obyvatel.....	15
Graf 4 – Počet hospitalizací v lůžkových psychiatrických zařízeních podle kraje bydliště na 100 000 obyvatel.....	15
Graf 5 – Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle kraje zařízení na 100 000 obyvatel.....	16
Graf 6 – Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle kraje zařízení na 100 000 obyvatel.....	17

Přílohy

Otázky k rozhovoru

KLIENTI SLUŽBY

Okruhy otázek

1. Vnímání stigmatizace (na své osobě, u svých rodinných příslušníků) – od koho, kdy, jakou formou, v jaké oblasti jejich života (zaměstnání, bydlení, jednání s institucemi, u lékaře...)
2. Potřeby klientů v oblasti práce se stigmatizací
3. Destigmatizační úsilí – jeho vnímání
4. Největší problémy vzhledem k diagnóze

Otázky do rozhovoru

1. Víte, co přesně označuje pojem stigma?
2. Vnímáte na sobě či svých blízkých jakoukoliv formu stigmatizace? Pokud ano, od koho, kdy a v jaké situaci?
3. Jaké vnímáte potřeby (pokud nějaké vnímáte) v souvislosti s bojem proti stigmatizaci?
4. Jakým způsobem a jestli vůbec dle Vašeho názoru pracují ve Vaší organizaci s odstraňováním stigma?
 - a. Pakliže ano, vidíte pokroky/výsledky?
5. Kde vidíte největší problémy ve Vašem životě, které byly způsobeny Vaší diagnózou?

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI

Okruhy otázek

1. Reálné možnosti participace na destigmatizaci této cílové skupiny.
2. Vývoj vzniku destigmatizačních aktivit – od kdy, proč, co pociťují jako nejpálčivější problémy.
3. Průběh a výsledky destigmatizačních aktivit: co funguje, co ne, co je vhodné změnit.

Otázky do rozhovoru

1. Jaké jsou, podle Vás (obecně), reálné možnosti boje proti stigmatizaci duševně nemocných osob?
2. Jakým způsobem ve Vaší organizaci podporujete destigmatizaci?

- a. Vývoj vzniku destigmatizačních aktivit – od kdy je realizujete, proč jste začali, co pociťujete jako nejpálčivější problém?
3. Jaké destigmatizační aktivity ve Vaší organizaci považujete za povedené a jaké naopak za méně povedené a proč (jsou-li nějaké)?
4. Co by podle Vás bylo vhodné v České republice změnit pro větší podporu destigmatizace?

RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI

Okruhy otázek

- 1) Problémy spojené s diagnózou
- 2) Vnímání stigmatizace
- 3) Vnímání destigmatizačního úsilí v jednotlivých organizacích

Otázky do rozhovoru

1. Jaké vnímáte hlavní problémy v souvislosti s diagnózou Vašeho člena rodiny?
2. Pociťujete stigmatizaci? Pokud ano, od koho? Jak se projevuje?
3. Jak vnímáte práci organizace, kterou Váš příbuzný navštěvuje?
4. Je destigmatizační úsilí pracovníků dostatečné?
 - a. Co nebo kdo by v tomto mohl pomoci?
 - b. Jak vnímáte roli státu?